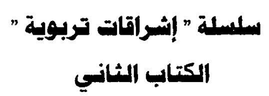


المركز العربي للتعليم والتنمية



سلسلة " إشراقات تربوية "
الكتاب الثاني

النشاط الزائد لدى الأطفال
(الأسباب وبرامج الخفض)

إعداد
دكتورة / مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية ـ جامعة المنيا

٢٠٠٥



«إشراقات تربوية» هى سلسلة بحوث ودراسات علمية مُحكمة تصدر عن المركز العربى للتعليم والتنمية، وتمثل إضاءات جديدة فى العلم التربوى الاجتماعى الحديث وتهدف إلى تأسيس خطاب جديد لثقافة تربوية جديدة تتسم فى آن واحد بأنها نبت ثقافى عربى أصيل تعاونت فى ريه وأحضانه عقول شباب الباحثين العرب فى سائر المجالات التربوية. وهى تسعى بالتالى إلى توثيق الصلات العلمية والفكرية بين جميع الباحثين والمعنيين بالعمل التربوى ومفهومه الواسع.

وتتولى رسم المسارات الاستراتيجية العامة لهذه السلسلة هيئة تحرير رفيعة المستوى تضم نخبة متميزة من رواد الفكر فى التخصصات العلمية كافة، ذات العلاقة الوثقى بالتربية فى إطارها العام.

إهــــداء

إلى الوالدين والمربين وكل المهتمين
بالنشاط الزائد لدى الأطفال

بسم الله الرحمن الرحيم

تصدير د.ضياء الدين زاهر

امتدادا للدور التنويري للمركز العربي للتعليم والتنمية ، واستمراراً للسلاسل العلمية التي يصدرها المركز بالتعاون مع الناشر نتقدم بهذه السلسلة الوليدة "إشراقات تربوية"- والتي تسعى فى أهدافها الإستراتيجية- إلى تحقيق تنمية وعي سائر المهتمين بالتعليم بضرورة إحداث التغييرات الجذرية التى تفرضها المستجدات والتحديات -الداخلية والخارجية- على مستقبل التعليم فى الأمة العربية، سواء فى: أهداف التعليم وسياساته، وهياكله، وإدارته، وتخطيطه وتمويله، واقتصادياته، ومناهج واستراتيجيات التعلم والتعليم والتدريس-عامة كانت أو خاصة- وإعداد المعلمين، والصحة النفسية لطلابه، ومعلميه، وإدارييه عامة، وتقويم العائد فى كل منها بطريقة منتجة.

كما أن المعالجة المتوازنة الإجرائية لموضوعات السلسلة (التربوية والسيكولوجية والاجتماعية والفلسفية)، وما تتسم به من موضوعية فى التناول، تعاون، بدرجة كبيرة، فى سد الفجوة بين التنظير التربوي والممارسات التعليمية فى المجالات المختلفة؛ بصورة تكفل- فى آن واحد- صيانة الهوية الثقافية للأمة، وتنمي فى أبنائها -أفراداً وجماعة ومجتمعات- الفعالية العقلية، والكفاءة الاجتماعية، وتوظيف التقنيات العلمية والاجتماعية الحديثة فى زيادة الإنتاج وتجويده فى مواقع الحياة كافة.

ولا تقتصر أهداف هذه السلسلة عند ذلك فقط، بل أنها تسعى جاهدة لاقتراح نماذج فكرية لتحديث الوقائع الراهنة فى مجالات التعليم، يقترن كل منها بمتضمناته التربوية وتطبيقاته التعليمية ويراعي فى تصميمها

وصياغتها يُسر قراءتها، واستيعابها من لدن أكثر الفئات المهنية بـالتعليم: صانعوا القرار التعليمي-المعلمون والموجهون- الطلاب- أرباب الأسـر- أجهزة الإعلام، ومؤسسات المجتمع المدني.

وميزة كتب هذه السلسلة كونها تنصب على موضوع محوري واحد، تتم معالجته من خلال شبكة من العلوم والمعارف والمعلومات البيّنية التـى ترفد الفكر التربوي والممارسـات التعليميـة والتعلميـة (علـوم اللغـة، الانثربولوجيا التربوية، علم النفس المعرفي، اجتماعيات التربية، مستقبليات التربية واقتصادياتها ونحوها). لذا، يطيب لهيئة تحرير السلسلة أن تـدعو من لديهم القدرة والإرادة إلى الإسهام فى إصدار هذه الكتيبات فـى سـائر البلاد العربية أن يتفضلوا بموافاتنا بمقترحاتهم.

وفى هذا الصدد، فإنه يسعدنا أن نتقدم بالكتـاب الثـاني فـى هـذه السلسلة، وهذا الكتاب يتناول مشكلة سلوكية يعاني منها بعـض الأطفـال، وهى "النشاط الزائد" والتي تعد بحق مصدر ضيق وتوتر للمحيطين بالطفل، وتتناول مؤلفة الكتاب وهـي أسـتاذة متميـزة فـى مجـالات الدراسـات السيكولوجية. هذه المشكلة من خلال جزئيين، حيث يعد الجزء الأول مدخلاً مفاهيمياً لوصف وتصنيف ، وأسباب النشاط الزائد، ويتناول الجزء الثـاني الاتجاهات الحديثة فى برامج خفض النشاط الزائد لدى الأطفال حيـث يقـع هذا الجزء الثاني فى أربعة فصول. يعالج الفصل الأول منها برامج النظـام الغذائي حيث تنطلق المؤلفة من حقيقة وجودِ بعض الأطعمة لها أكبر الأثر فى ظهور اضطراب النشاط الزائد، وكيف أن إتباع برنامج غذائي معين له فاعلية فى خفض النشاط الزائد.

ويعالج الفصل الثاني بـرامج وأنظمـة طبيـة يسـتخدمها الأطبـاء والمعالجون فى الحد من فرط النشاط لدى الأطفال، واستعرضت المؤلفة فى هذا الفصل أدبيات عالمية ومحلية نظرية وتجريبية فى هذا المجال.

ويعالج الفصل الثالث برامج تعديل السلوك للأطفال مفرطى النشاط، وقد استعرضت عديد من الأدبيات البحثية التي استخدمت وسائل متنوعة من تعديل السلوك لدى الأطفال مفرطى النشاط.

في حين أن الفصلين الرابع والخامس فقد تناولا برامج تعديل السلوك المعرفي، واقترحت استراتيجيات متنوعة للتدريب السلوكي المعرفي.

أما الفصل السادس فيتناول برامج متعددة النماذج والاتجاهات.

وأملنا كبير فى أن يحوز هذا الكتاب المتميز رضاء العديد من المهتمين بقضايا الطفولة وعلماء الصحة النفسية، لاسيما وأن المؤلفة لديها خبرة طويلة فى التعامل مع الأطفال حيث تشغل وظيفة أستاذ الصحة النفسية بجامعة المنيا.

مقدمة المؤلفة

إننا نستطيع الآن بالعلم والإيمان عن طريق التعلم أن نجعل لحياتنا معنى وقيمة، وأن نحقق رسالة الخلود التي حاول أجدادنا في زمانهم أن يجسدوها في الأهرامات والمعابد .

ويسرني أن أقدم للقارئ العربي والمكتبه العربية هذا الكتاب المرجعي لأهم برامج خفض النشاط الزائد لدى الأطفال باكورة مجموعة المؤلفات حول سيكولوجية الطفل العربي .

ويتناول الكتاب بالعرض الشامل معظم الجوانب المتصلة بالمفاهيم الأساسية وأهم برامج خفض النشاط الزائد لدى الأطفال، والتي تهم أولياء الأمور والمربين والمرشدين والاخصائيين النفسيين والاجتماعيين وغيرهم من المهتمين بنمو الطفل، والدارسين في الدبلومات الخاصة على مستوى الدراسات العليا، وتهم كل المتخصصين في وضع برامج إعداد المعلم المتخصص في هذا المجال .

وينقسم هذا الكتاب إلى جزأين :

الجزء الأول : يعتبر مدخلا لموضوع النشاط الزائد لدى الأطفال .

أولاً : يشتمل على تطور مفهوم النشاط الزائد في الدليل التشخيصي الأخصائي للاضطرابات العقلية (DSM) والتعريفات المختلفة له سواء التعريفات الطبية أم التعريفات السلوكية .

ثانياً : التصنيف الخاص باضطراب النشاط الزائد طبقا للرقم المسجل في الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية والأعراض أو المظاهر السلوكية لكل نمط من أنماط التصنيف .

ثالثاً : أسباب هذا الاضطرابات سواء كانت أسباب وراثيه أم أسباب بيئية أم أسباب اجتماعية .

الجزء الثاني :

تناول أهم البرامج التي ساعدت في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال، والدليل التشخيصي للأكاديمية الامريكية لطب الأطفال، ويشتمل أيضا على عمليات التشخيص المبدئية والتعليمات الهامة لنجاح عملية التشخيص التي يجب أن تتوفر لدى الكلينيكي وينقسم إلى عدة فصول كالآتي :

الفصل الأول : يختص بأهم برامج النظام الغذائي، وما هو المسموح من الأطعمة، وما هو الممنوع منها، ومنها برامج خاصة بالحفاظ على نسبة السكر في الدم ونظام غذائي عالي البروتين .

الفصل الثاني : يدور حول البرامج والأنظمة الطبية التي ساعدت في خفض مظاهر واضطراب النشاط الزائد .

الفصل الثالث : يدور الحديث فيه حول برامج تنظيم وتعديل السلوك للأطفال العاديين وغير العاديين، وفي نهاية هذا الفصل وضعت إرشادات عامة لبرنامج للتعلم الفردي لخفض النشاط الزائد، كما وضعت توصيات الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال باعتباره دليلاً أكثر فاعلية لخفض النشاط الزائد لدى الأطفال العاديين وغير العاديين .

الفصل الرابع : تناول عرضا لبرامج تعديل السلوك المعرفي وهو ضروري لتعليم الأطفال ذوي النشاط الزائد كيفية التطبع بفاعلية واستقلالية مع المشكلات العقلية المعرفية ومواقف الحياة الاجتماعية والتخطيط المنظم والرعاية .

الفصل الخامس : خاص ببرامج تدريب الوالدين، وهي ضرورية لتدريبهما على كيفية تنظيم سلوك أطفالهم والفهم الكامل للطفل ذوي النشاط الزائد؛ حتى يكتشف بنفسه نماذج السلوك والطرق البديلة للسيطرة على انفعالاتهم، والعمل على اكتساب مهارات جديدة في أساليب العلاقات الأسرية

بهؤلاء الأطفال وفي الوقت نفسه تساعد الوالدين إلى خفض ضغوطهم النفسية من مظاهر النشاط الزائد لأطفالهم سواء العاديين أم غير العاديين .

الفصل السادس : يتضمن برامج متعددة النماذج حيث أسهمت في تحسين المظاهر السلوكية للأطفال ذوي النشاط الزائد وتحسن انتباههم بنسبة ٨٣% وانخفضت المظاهر السلوكية للنشاط الزائد بنسبة أعلى من ٩٠% لدى الأطفال في المدارس الابتدائية .

وفي نهاية الفصل تم عرض دليل الممارسات العملية لخفض النشاط الزائد لدى الأطفال والتي وضعتها الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ويختتم الكتاب بتعقيب على هذا البرامج .

وأخيراً وليس بآخر أتمنى من الله عز وجل أن ينال هذا المجهود المتواضع قبول القارئ (الدراس – ولي الأمر – المعلم)، ويكون بمثابة رسالة ينتفع بها بقدر ما ورد بها من معلومات تساعد في خدمة الأطفال أو من يقوم برعايتهم في الأسرة والمجتمع .

والله ولي التوفيق

الأستاذ الدكتور / **مشيرة عبد الحميد اليوسفي**
أستاذ الصحة النفسية
بكلية التربية – جامعة المنيا

أولا . فهرس الموضوعات

ثانيا - فهرس الجداول

ثالثا . فهرس الأشكال

الجـــزء الأول

مفاهيم أساسية في النشاط الزائد

مقدمـة :

أولا - مفهوم النـشاط الزائد .

ثانـيا - تصنيف النشاط الزائد .

ثالثا - أسباب النـشاط الزائد

الجــزء الأول

مفاهيم أساسية في النشاط الزائد

مقدمـــــة :

يعد النشاط الزائد Hyperactivity من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال، ويشكل مصدراً أساسياً لضيق وتوتر وإزعاج المحيطين بالطفل ، حيث يعاني من هذا النشاط الزائد أولياء الأمور والمعلمون والتلاميذ، ومما لا شك فيه أن سلوك هذا الطفل ومستوى نشاطه قد يؤثر على استجابات الوالدين والمعلمين والقائمين على رعاية الطفل، وعلى أسلوب معاملتهم للطفل ، مما يؤثر بالتالي في نموه ومستقبله التعليمي والاجتماعي فيما بعد .

وحظيت مشكلة النشاط الزائد في السنوات الأخيرة باهتمام كثير من الباحثين في مجالات التربية وعلم النفس وطب الأطفال ، وأصبح أكثر الموضوعات شيوعاً في العصر الحالي ، حيث تناولت الكتب المؤلفة والأبحاث هذا الموضوع من زوايا متعددة .

فقد أشار بعض الباحثين إلى أنه اضطراب عضوي ، بينما أشار البعض الآخر على أنه اضطراب سلوكي . وتثير مشكلة النشاط الزائد الاهتمام لدى الباحثين والدارسين في المجالات الطبية، والنفسية ، والإرشاد الوالدي والتغذية . وسوف تجيب هذه الدراسة عن التساؤلات الآتية قبل التعرف على الاتجاهات الحديثة في برامج خفض النشاط الزائد وهي :

١ ـــ ما مفهوم النشاط الزائد ؟

٢ ـــ ما التصنيفات الحالية لهذا الاضطراب؟ وما مظاهر أو أعراض كل نمط من تصنيفاته ؟ ومتى تظهر هذه الأعراض أو المظاهر لدى الأطفال

٣ ـ ما أسباب حدوث هذا الاضطراب ؟

٤ ـ ما البرامج المختلفة لخفض مظاهر هذا الاضطراب (النشاط الزائد) ؟

أولاً ـ مفهوم النشاط الزائد :

تطور مفهوم النشاط الزائد منذ عام ١٩٧٠ حيث كان يسمى Hyperkinesias وهي أصل الكلمة اللاتينية " Super active " وفي عام ١٩٨٠ سمى اضطراب قصور الانتباه Attention Deficit Disorder (ADD) وهذا المصطلح لم يحتو على مظاهر النشاط الزائد ، لأن النشاط الزائد في ذلك الوقت كان غير شائع ، وظل الأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يعانون من الاندفاعية مع قصور الانتباه، غير أن معظمهم يعانون من نشاط زائد .(المعهد القومي للصحة النفسية . Notational Institution of Mental Health, 2000 ،(Keweley, 1998)

ويوضح جدول رقم (١) تطور المفهوم في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)

جدول رقم (١)

يوضح تطور مفهوم النشاط الزائد / قصور الانتباه كما وصفه Wong, 1998

الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (DSM111 1980)	الدليل التشخيصي الثالث المعدل DSM111- R) (1987	الدليل التشخيصي الرابع (DSM4 1994)
١ - اضطراب قصور الانتباه ADD بدون نشاط زائد وهو يحتوي على ثلاثة أعراض لقصور الانتباه ، وثلاثة أعراض للاندفاعية. ٢ - قصور الانتباه واضطراب النشاط الزائد ADDH ويحتوي على عرضين للنشاط الزائد	اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباهADHD ويحتوى على ثمانية أعراض في قائمة بها أربعة عشر عرضا يدل على قصور الانتباه - الاندفاعية - النشاط الزائد.	١ - نشاط زائد / قصور انتباه مصحوب بتشتت انتباه ADHD وتعرفه ستة أعراض فقط في تشتت الانتباه من قائمة بها تسعة أعراض . ٢ - نشاط زائد / قصور انتباه مصحوب باندفاعية ونشاط حركي زائد
الزائد .		ADHD وتعرفه ستة أعراض فقط من قائمة بها تسعة أعراض ، منها ستة أعراض تدل على النشاط الزائد ثلاثة أعراض تدل على الاندفاعية. ٣ - نمط مشترك ADHD تعرفه الأعراض الذي ذكرت في رقم (١)،(٢) أعلاه .

وسوف تستخدم الباحثة التسمية المختصرة (ADHD) أحيانا في الإشارة إلى اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه .

وحاليا تم تغيير المفهوم رسميا واصبح اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه Attention Deficit Hyperactivity disorder* (ADHD) طبقا لتعريف الجمعية النفسية الأمريكية في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM 4 American Psychiatric Association (1994) وعلى الرغم من هذا التغيير إلا أن بعض المتخصصين مازالوا يسمونه اضطراب قصور الانتباه Attention Deficit Disorder (ADD) وقد حدث هذا التغير في المصطلح نتيجة للتقدم العلمي والأبحاث والتجارب التي تمت في هذا المجال

التعريف الطبي للنشاط الزائد :

يعرف الأطباء اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD على أنه اضطراب جيني المصدر ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته، وينتج عنه عدم توازن كيميائي أو عجز في الوصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ والمسئولة عن الخواص الكيميائية التي تساعد المخ على تنظيم السلوك (Zametkin, et. al 1990)

وتعرفه مجموعة متخصصة من الأطباء في قصور الانتباه والاضطرابات العقلية . (Professional Group for Attention and Related Disorder PGARD, 1991) على أنه اضطراب عصبي حيوي يؤدي إلى عملية قصور حاد تؤثر على الأطفال بنسبة ٣ : ٥ % من تلاميذ المدارس .

بينما يعرفه تشرنومازوفا (Chernomozova 1996) على أنه نتيجة قصور في وظائف المخ التي يصعب قياسها بالاختبارات النفسية. وأخيرا يعرفه المعهد القومي للصحة النفسية (National Institute of

(Mental Health, 2000) على انه اضطراب في المراكز العصبيه التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل : التفكير والتعلم والذاكرة . والسلوك

التعريف السلوكي

عرفه باركلى (Barkley, 1990) في نظريته عن اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه على أنه اضطراب في منع الاستجابة للوظائف التنفيذية قد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات ، وعجز في القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلة مع عدم ملاءمة السلوك بيئياً . بينما يعرف برجن (Breggin, ١٩٩١) الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه على أنهم أطفال لم يحصلوا على اهتمام من الوالدين فحدث لهم هذا الاضطراب السلوكي.

وأشار الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية إلى (DSM4) (American Psychiatric Association 1994) أن اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD يعني عدم قدره الطفل على الانتباه وقابليته للتشتت قد تؤثر على تركيزه أثناء قيامه بالنشاطات المختلفة وعدم إتمامها بنجاح .

بينما عرفه تشرنامازوفا (Chernomazova, ١٩٩٦) على أنه اضطراب نتيجة النشاط الجركي البدني والنشاط العقلي للطفل ، عندما يكون في حالة هياج أو ثورة لانتصاره على أي شيء ممنوع عنه ، وأكد جولد ستين (Goldstein, ١٩٩٩) تعريف باركلي في نظريته على أن الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالوظيفة التنفيذية أثناء التعلم قد تكون السبب في إعاقة نموهم الأكاديمي وتجعلهم يعانون من صعوبة العمليات اللفظية المتصلة باللغة .

وقد عرف اضطراب النشاط الزائد في كثير من الدراسات علـــى أنـــه نوع من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفـــال العـــاديون وغيـــر العاديين ، ولا تختلف مظاهره لدى الأطفال العاديين عـــن غيـــر العـــاديين، (Smith, ١٩٩٥) (Fee, et. al., ١٩٩٤) بينما هناك رأي معارض فـــي هذا التعريف حيث أن المظاهر السلوكية لدى الأطفال ذوي النشاط الزائـــد / قصور الانتباه العاديين تختلف عن غير العاديين ، وأن الأطفال المتخلفـــين عقليا لديهم صعوبة في اكتساب الخبرات والمهارات الأساسية وانخفـــاض مستوى الأداء للمهام المطلوبة سواء في المنـــزل أو المدرســـة ، والقيـــام ببعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً . غير أن المشـــكلات الســـلوكية التي تميز بها الأطفال المتخلفون عقليا تتسم بالعدوانية وعدم التعاون وعدم المشاركة في اللعب أو الأنشطة الأخرى بجانب حـــدة الحالـــة المزاجيـــة. (Koppekin, ١٩٩٤)،(علا عبد الباقي ١٩٩٥) ، (سعيد بـــن عبـــد الله والسيد السمادوني ١٩٩٨)،(سعيد عبد العزيز محمود ٢٠٠١).

ثانيا .تصنيف اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه :ADHD

يعتبر الدليـــل التشخيصـــي الرابـــع للاضـــطرابات العقليـــــة (DSM4) هو المرجع الذي يمدنا بتصنيف كامل للاضطرابات العقلية ، حيث يضع مجموعة مـــن الأعـــراض يتطلـــب ظهورهـــا لنجـــاح التشـــخيص (American Psychiatric Association 1994) ، (عبد الرحيم بخيـــت ١٩٩٩) .

ويوضح البحث فيما يلي التصنيف كما جـــاء فـــي جـــدول المعـــايير التشخيصيـــــه لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD وطبقـــا للرقم المسجل Code Based on Type بالمعايـــير التصنيفيـــة للدليـــــل

التشخيص الرابـــع للاضطرابـــات العقليـــة DSM4) &Merrell,
Tymms, ٢٠٠١)،(Mcnamara, 2000&Mcnamara,) كالآتي :

١ ــ نمط اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه والمصحوب بتشتت الانتبــاه 314-00 Attention Deficit/ HyPeractivity Disorder (ADHD) Predminantly Inattentive Type. A1

٢ ــ نمط اضطراب النشاط الزائــد / قصــور الانتبــاه والمصــحوب بالنشـــاط المفـــرط والاندفاعيـــة 314.01 Attention Deficit / Hyperactivity Disorder(ADHD) Predominantly Hyperactive-Impulsive Type. A2

٣ ــ نمط اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه (مشترك (١ ، ٢)

314.01 Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, combined Type A1 and A2

ويذكر جولد ستين (Goldstein, 1999) أن هناك نمطاً رابعاً لم يـــتم تحديده بعد لعدم توافر أعراضه، ويذكر كيلي (Kewley, 1998) أن الـــنمط المشترك لاضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD Combined هو النمط الشامل والسائد لجميع أعراض النشاط الزائد.

وفيما يلي وصف لأعراض كل نمط من الأنماط التصــنيفية لاضــطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه طبقا لمعايير DSM4 :

أولا : أعراض النمط الأول اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتبـــاه المصحوب بتشتت في الانتباه ADHD/ Inattentiveness Type :

وتظهر أعراضه بصفة مستمرة في آخر ستة أشهر قبل العلاج :

١ ــ الفشل في الانتباه الشديد للتفاصيل .

٢ ــ صعوبة في الاستماع عندما يتحدث إليه أحد .

٣ ــ صعوبة المتابعة من خلال التعليمات .

٤ ـ ضعف تنظيم المهام والأنشطة .

٥ ـ تجنب الجهود المدعمة وتجنب المهام التي تتطلب مجهود عضلي وعقلي .

٦ ـ سهولة السرحان في الأنشطة اليومية .

٧ ـ النسيان (فقد أشياء ضرورية للمهام والأنشطة اليومية مثل اللعب والأقلام) .

٨ ـ سهولة الانجذاب إلى مثيرات خارجية بعيدا عن المهام التي يقوم بها، أي يسهل تشتت الفكر من خلال مثير خارجي .

٩ ـ فترة الانتباه قصيرة .

وطبقا لمعايير DSM 4 يجب أن يظهر لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ستة أعراض فقط من تسعة أعراض مميزة لهذا النمط، ويعتبر السلوك مطابقا لمعايير DSM4 إذا تكرر على الأقل لمدة ستة أشهر قبل البدء في العلاج. وكان أكثر تكرارا مما هو عليه عند الأطفال الآخرين الذين لم يعانوا من هذا الاضطراب . (Leehey,1994)،(Tymms, 2001&Merrel)

ثانيا ـ أعراض النمط الثاني : اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه المصحوب بالاندفاعية والنشاط الزائد المفرط /ADHD Impulsive Type&Hyperactive :

١ ـ القلق .

٢ ـ التململ (اهتزاز الأرجل أو يرتبك في الجلوس بخجل أو توتر عصبي)

٣ ـ حركة مفرطة وعدم الراحة ويترك مكانه عندما يجلس فترة من الزمن

٤ ـ ثرثرة في الحديث (التحدث بتلقائية) ويصدرون أصواتاً محدثين ضوضاء .

٥ ـ التصرف بدون تفكير ومقاطعة الآخرين ويجرى ويتسلق في أوقـات غير مناسبة .

٦ ـ كثرة حركات الرأس والعينين (يتحرك كأنه سائق سيارة أو بنشـاط مندفع) .

٧ ـ يتسرع في المواقف التي تتسم بعدم الوضوح .

٨ ـ غالباً ما يجد صعوبة في بداية المهام أو اللعب أو أنشطه وقت الفراغ

٩ ـ التسرع في إجابة الأسئلة قبل إتمامها (يؤدون السلوك بدون تفكيـر فيه)

وطبقا لمعايير DSM4 يجب أن يخضع الأطفال الـذين يعـانون مـن اضطراب ADHD لستة أعراض من تسعه أعراض مميـزه لهـذا الـنمط ويعتبر السلوك مطابقا لمعايير DSM٤ إذا تكرر على الأقل لمده ستة أشهر قبل البدء في العلاج وكان أكثر تكراراً مما هو علية عند الأطفال الآخـرين الذين لم يعانوا مـن هـذا الاضـطراب .(Leehey ١٩٩٤)،(&Merrel Tymns 2001)٥٥٥١

ثالثا : أعراض النمط المركب أو المشترك : اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه المشترك ADHD Combined Type

ويشتمل على أعراض النمط الأول والنمط الثاني معاً وطبقاً لمعايير DSM4 يجب أن تظهر ستة أعراض من تسعة أعراض مميـزة للـنمط ، وتظهر هذه الأعراض قبـل سن سبع سنوات ، وتعتبر الأعراض مطابقـة للمعيار إذا تكررت على الأقل لمدة ستة أشهر قبل البدء في العلاج ، وكانت أكثر تكراراً مما هو عليه عنـد الأطفـال الآخـرين (Leehey,1994) ، (Tymms, 2001&Merrel,) . ولم تعد كلا مـن الاندفاعيـة والنشـاط المفرط وتشتت الانتباه خصائص منفصلة عن بعضها الـبعض،(Barkley,

Minevich, &Druckman,) ،(Fabiano, 2001&Pelham)،(1990 . (2001

وأظهرت الدراسات العديد من الأعراض أو المظاهر السلوكية المميزة للنشاط الزائد عند الأطفال ، حيث وجدت أنهم لا يهتمون بمشاركة الآخرين في أفكارهم لشعورهم بعدم الثقة وعدم التشجيع (Shoor, 1990)، وأنهم يتسمون بالاندفاعية في تصرفاتهم وسرعة استجاباتهم دون تفكير مسبق، ولديهم حركة مفرطة ، كما أنه ليس لديهم القدرة على التركيز واستمرار الانتباه عند ممارسة أي عمل (عفاف عبد المنعم ١٩٩١) وأنهم يعانون من صعوبات في التعلم والتركيز(Halperin 1993) ولديهم سلوك اللامبالاة والتهور والحركة العشوائية الزائدة (Selver 1992) ، (Leehey, 1994) وكثيراً ما يحطمون الأشياء ولا يحسنون معاملة زملائهم وغير متعاونين ، والتحدث بصورة مزعجة والتشويش على الآخرين ، وعدم الانتباه للمثيرات ذات الأهمية في المواقف التعليمية (محمود عوض، أحمد أحمد عواد ١٩٩٤) وعدم الاستقرار وعدم القدرة على الجلوس في مكان واحد وكثرة الحركة وعدم القدرة على إتمام أي عمل (حامد زهران ١٩٩٨)،(أحمد مطر ١٩٩٢) .

وقد لاحظ الآباء والمعلمين هذه الأعراض أو المظاهر السلوكية التي كثرت الشكوى منها حيث اعتقد البعض أن بإمكانهم القيام بتشخيص هذا الاضطراب ومن هنا يتطلب الحذر في عمليه التشخيص (Breggin, 1999)

وأكدت الدراسات أن النمط المختلط هو النمط الذي يشتمل على هذه الأعراض جميعها . (Barkely,1990)، (Carlsom, et.al.,1995) ، (Brito,et.al., 1995) وأن نسبه الأطفال ذوي اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD حوالي ١٧,١% في مقاطعة كولومبيا بالولايات المتحدة الأمريكية موزعين كالآتي :

١ ـ اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه المصحوب بتشتت انتباه نسبة شيوع ٦,٧%.

٢ ـ اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه المصحوب بالاندفاعية بنسبة شيوع ١,٠ %

٣ ـ اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه النوع المختلط أو المشترك من النمط الأول والثاني بنسبة شيوع ٩,٤% .

وأن نسبة شيوع اضطراب النشاط الزائد / وقصور الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة حوالي ٦,٢% أقل من نسبتهم في المدرسة الابتدائية من سن ٦ ـ ١١ سنه حيث وصلت النسبة إلى ٢٢,٦% (Pineda, et. al.,2001)

وتؤكد الدراسات أيضا أن ظهور أعراض النشاط الزائد / قصور الانتباه أكثر وضوحاً في الذكور عن الإناث وأن نسبة انتشاره بين أطفال مدارس الولايات المتحدة الأمريكية، بين ٣ ـ ٥ % من مجموع أطفال المدارس، (Breggin, 1995&Breggin)،(Pineda 2001)، (Tymms, 2001&Merrell,) وتشكل نسبه انتشار اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD بين أطفال مصر إلى ما يقرب من ٦% من مجموع الأطفال في المرحلة الابتدائية (عبد العزيز الشخصي ١٩٨٥).

لذلك سوف تركز الباحثة في هذا البحث المرجعي على النمط المشترك أو المختلط لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال لأنه النمط الأكثر شيوعاً خلال مرحلة الطفولة والذي تصل نسبته إلى ٤ ـ ١٢%، (American Academy of pediatrics, 2001) ، (NIH,) (National Institute of Mental Health 2001

حيث أشار باركلي (Barkley 1996) إلى نقطه هامة وهي عدم الوضوح التام فيما إذا كانت هذه الأعراض موجودة فعلا في الطفل أم هي

مظاهر نمو سوف تتغير لدى الأطفال بتغيير مظاهر النمو في الكبر ، ووجد أيضا أن نمط تشتت الانتباه مرتبط بصعوبات إتمام الواجبات المدرسية والاندفاعية ، وكلها مرتبطة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد ADHD

ثالثا ــ أسباب اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD :

إن الأسباب الحقيقية لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه غير معروفه إلى الآن (Breggin, 1999)، (Mcnamara, &Mcnamara, 2000) ولكن شكل الاضطراب يهدي إليها . فيعتقد الأطباء أن السبب هو وجود مشكلات في انتقال نيورونات المخ قد تسبب انخفاض الطاقة التي في المنطقة العليا النشطة من المخ (الفص الأمامي) . ويعتقد البعض الآخر في عدم نضج الخلايا العصبية أو تأثرها بالتلوث البيئي ، حيث كشفت بعض الدراسات الحديثة في عقد التسعينات عن العوامل المسببة لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه والذي ساعدت التكنولوجيا الحديثة في الكشف عنها ، وخاصة جهاز رسام موجات المخ Electri Encephalo Gram EEG وبعض أجهزة أشعة الرنين المغناطيسي وأجهزه الأشعة المقطعية للمخ (&Rositer, Lavaque 1995) .

واعتقد علماء الوراثة أن هذه الاضطرابات قد ترجع إلى عوامل نفسيه بيولوجية ، حيث أن التكوين الوراثي للطفل وعوامل ما قبل الولادة ــ أثناء الولادة ــ بعد الولادة ، تؤكد وجود قاعدة أو أساس بيولوجي لهذه الاضطرابات ، غير أن السلوكيات المتصلة باضطراب ضعف الانتباه تتأثر أيضاً بالثقافة والبيئة (Mcnamara, 2000&Mcnamara,) .

وتتركز أسباب اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه في الاتي :

أولا ـ الأسباب الوراثية :

اختلف العلماء في تحديد الأسباب الوراثية ، وظهرت ثلاثة اتجاهات في ذلك هي :

الاتجاه الأول : يؤيد وجود أساس بيولوجي لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ، حيث تؤكد الدراسات الحديثة أن سبب اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ينشأ من حدوث مشكلات وراثية بيولوجية . فبعض الدراسات ترجع الأسباب إلى :

١ ـ حدوث تلف في خلايا القشرة المخية ، وخاصة في النصف الكروي الأيسر ، والتي تتركز فيها مراكز التعلم ، واللغة ، والتخاطب ، والذاكرة ، والانتباه ، والحركة ، والكلام والنشاط الحركي المرتبط بالعديد من تلك العمليات كحركة عضلات الوجه وأعضاء الكلام...الخ).(عثمان لبيب فراج ١٩٩٩)،(Armstrong 1993)،(Breggin, 1991).بينما أكدت دراسات أخرى أن سبب الاضطراب هو خلل وظيفي في العمليات الإدراكية الخاصة بالانتباه والتشتت ، والاندفاعية والحركة الزائدة ، وهذا قد يؤدي إلى تنوع أساليب العلاج (Kendall, 1990) ، (Dupaul, et. al., 1992) ، (Gorden, et.al.,1991) ، (Leung, et. al.,1994)،(Kaiser , 1993)

وأوضحت دراسات التوائم أن سبب الاضطراب يرجع إلى تأثير جيني وراثي يظهر بوضوح خلال التوائم المتماثلة ، أي إذا شُخص أحدهما على أن لديه نشاط زائد يكون لدى الآخر نفس التشخيص ، وهذا يدل على تماثل الجينات الوراثية الخاصة باضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ، أما التوائم غير المتماثلة فمعدلات التجانس تكون منخفضة (Kinsbourn 1990&Deutsch) ووجد أن معدلات التجانس لدى التوائم

المتماثلة ٨١% بينما في التوائم غير المتماثلة وجدت النسبة ٢٩% (Gilger, et. al., 1992).

وهناك من يرى أن أسباب الاضطراب يرجع إلى عجز في المعايير المعرفية التي تتضمن التحكم المنعي وتغيير الاستجابة ، مما يؤدي إلى تأخر النمو في القراءة – وترجع أسباب الاضطرابات السلوكية الأخرى إلى تأثير البيئة (١٩٩٩Goldstein).

والبعض الآخر أكد أن أسباب هذا الاضطراب يرجع إلى قصور في الناحية البيولوجية الداخلية ويمكن إعادة تشكيلها كاستجابات تكيفية في سياق بيئي pfeffer, &Jensen, ١٩٩٧).

٢ – وجود زملة توريت Tourettes syndroma وتنشأ هذه الزملة من العجز الوظيفي في الجهاز العصبي الذي يتضمن غالبا أعراض النشاط الزائد / قصور الانتباه ، ولتشخيص هذه الزملة يتطلب وجود لزمات حركية لفظية Motor and Vocal Tices : واللزمة هي عاده سريعة متكررة بانتظام سواء في الحركات العضلية أو الصوتية ، وأكثر هذه اللزمات شيوعاً هي إغماض العين – تعبيرات الوجه أو بعض الأصوات التي توصف بأنها احتقان واضح أو سعال يشبه النباح ، ويشار إلى هذه اللزمات على أنها لزمات بسيطة Simple Tics واللزمات المعقدة قد تضم أنواعاً أخرى مثل اللمس أو التقاط الأشياء من الأرض . وهذه الزملة يمكن فهمها أفضل على أنها مجموعة تضم لزمات حركيه ولفظية (صوتية) وغالبا ما تكون ضمن أعراض اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه . ويوفر الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM٤ معايير تشخصيه لزملة توريتو Tourettes(Leehey, 1994).

الاتجاه الثاني : يؤيد عدم وجود أساس بيولوجي لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ويستبعد عامل الوراثة كعامل مسبب النشاط

الزائد له / قصور الانتباه ، حيث يفسر عثمان لبيب فراج (١٩٩٩) استبعاد تلف خلايا المخ كعامل مسبب للنشاط الزائد / قصور الانتباه، لأن تلف المخ لا بد أن يؤدي إلى قصور معدل الذكاء (تخلف عقلي) مع أن نسبة عالية ممن يعانون من اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه على معدل ذكاء عادي بل ومنهم من هم على ذكاء مرتفع ، كما أن تلف خلايا المخ ووظائفه لا يمكن علاجه لأن خلايا الجهاز العصبي التالف لا تعوّض إطلاقا، بينما أظهرت البحوث المسحية حالات من هؤلاء الأطفال قد تم علاجها وشفاؤها وهذا لا يمكن أن يحدث إذا كان العامل المسبب عضويا ، وهو تلف في خلايا مراكز المخ، فضلا عن أن اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه لم يمنع ظهور بعض المهارات والمواهب الفنية أو الأدبية أو العلمية أو الرياضية .

واتفق في الرأي بالإجماع كل من المعاهد القومية في مؤتمر الصحة والنمو National Institutes of Health Consensus Development (Conference 1998) والأكاديمية الأمريكية لأطباء الأطفال. (American Academy of Peditrics 2000) في أنه لا يوجد أساس بيولوجي لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال .

الاتجاه الثالث : يؤيد وجود عامل نفسي بجانب العامل الجيني لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال ، فنتائج الأبحاث لم تجزم بإثبات عامل الوراثة كعامل وحيد مسبب لهذا الاضطراب بل يوجد عامل سيكلوجي أو نفسي يعتبر أداة ربط بين التأثير الجيني وسلوك النشاط الزائد / قصور الانتباه (Kuntsi 2001) فأكدت دراسة بيكهام (Pechham 2001) أنه يوجد أكثر من جين مسئول عن الحالات الوراثية حيث وجد أن جين الدوبامين (D ٤Dopamin4) هو الذي ينظم مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه وهو الشائع لدى الأطفال ويوجد جين آخر

يسمى دوبامين (٢) Dopamin٢ (D٢) ولا يوجد إلـى الآن أي دراسـة توضح الدور الذي يلعبه هذا الجين . بينمـا كشـفت أبحـاث جولدسـين (Goldstein١٩٩٩) إلى وجود عوامل نفسيه مؤثرة في هذا الاضـطراب حيث أن النشاط المفرط عامة يصاحبه اضطرابات نفسية أخرى.

ثانيا ـ الأسباب البيئية :

تتعدد العوامل البيئية عند كل مـن فيـرى فـولر (Fowler, 1991) (Leehey 1994)، (عثمان فراج ١٩٩٩)، (Bechham 2001) .

١ ــ أن التسمم بالرصاص ربما يأتي نتيجة للأكل أو استخدام بعـض اللعب، مما يؤدي إلى حالات شبيهه بأعراض اضطراب النشـاط الزائـد / قصور الانتباه كما أن حمض الأستيل سالسيلك والذي يوجـد فـي تركيـب بعض المواد التي تضاف إلى بعض الأطعمة لإعطائها نكهة أو لون صناعيا يؤدي إلى حالات مشابهة أيضا.(عثمان فراج ١٩٩٩)و(Fowler 1991)

٢ــ التلوث البيئي خلال فتره الحمل أو في مراحل الطفولة المبكـرة والتي يحدث فيها نمو المخ والجهاز العصبي

٣ ــ اضطراب الزيادة أو النقصان في إفرازات الغدة الدرقية .

٤ ــ الحساسية الزائدة لبعض الأغذية أو الروائح مثل: الأطعمة التي تشتمل على الألوان الصناعية

ــ ومحسنات الطعم اللـبن ــ الشـكولاته ــ البـيض ــ الـدقيق ــ الأسبرين ــ بعض الفواكه مثل الخوخ ــ البرتقـال ــ التفـاح ــ وبعـض الخضراوات مثل الفلفل ــ الطماطم ــ الحلويات والسكريات التي يتناولهـا الأطفال بكثرة (عثمان فراج ١٩٩٩)،(Pechham, 2001)

٥ ــ بعض الأدوية والعقاقير وخاصة تلك التي تتناولها الأم أثناء فترة الحمل دون استشارة

٦ ـ تعرض الأم الحامل للأشعة مثال (أشعة اكس) بشكل زائد او لعلاج كيميائي أو إشعاعي في حالة الإصابة بالسرطان.

٧ ـ إدمان الأم أثناء الحمل على التدخين أو الكحوليات أو المخدرات.

٨ ـ إصابة الأم الحامل بأحد الأعراض التي توقف تغذيه الجنين بالأكسجين، مثل مرض السكر أو تعقد الحبل السري أو الولادة العسرة (عثمان فراج ١٩٩٩).

٩ ـ يعتقد بعض الأشخاص أن مرض السكر في الدم يزيد من حالات النشاط الزائد لدى الأطفال ADHD والبحث العلمي . لم يظهر أي أثر لذلك، غير أن هناك شبه إجماع على أن اتباع برنامج للتنظيم الغذائي Diet قد يفيد في خفض النشاط الزائد الناتج عن ارتفاع نسبه السكر في الدم وتناول السكريات (Leehey 1994) .

١٠ ـ حالات الخلل الوظيفي للأذن الداخلية والعصب الدهليزي الموصل بينها وبين المخ Cerabell Vestibular . وقد يؤدي هذا الخلل إلى إعاقة التعلم وفقدان التوازن ، وصعوبة في المشي على خط مستقيم واضطراب حركه مقلة العين أثناء القراءة أو رسم أشكال دقيقة ، واضطراب في إصدار أصوات الكلمات والجمل أثناء الكلام ، قد يؤدي إلى تعذر أو صعوبة التآزر الحركي أو غير ذلك من الأعراض . وهذا يعتبر أحدث اكتشاف في التسعينات لاستخدام التكنولوجيا الطبية المستحدثة في فحص كل جزء من أجزاء المخ والأذن الداخلية (عثمان فراج ١٩٩٩) .

ثالثا ـ الأسباب الاجتماعية

توصل باركلي (Barkley, et. al., 1992) إلى أن اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ينشأ من أسلوب معاملة الوالدين للطفل ومدى التفاعل بينهما . حيث أنه أكثر عصيانا في كثير من المواقف للتوجيهات

و لاوامر التي توجه اليه وكذلك بالنسبه للمدرس في المدرسه فإن الحركة الزائدة للطفل داخل غرفه الصف تسبب مشكلة للمعلم في الفصل الدراسي .

واشارت بعض الدراســـات الـــى ان الفشـــل والإحبــــاط وعــــدم التشجيع، وانخفاض احترام الذات والاكتئاب ، قد يكون السبب في ســـلوك الاطفال ذوي النشاط الزائد قصور الانتباه ADHD أكثر من الاضـــطراب ذاته (Landover 2001)،(Willcutt et.al., 1999)،(National Mental Health Association 2001)، وأكدت دراســـات عديـــدة في برامجهــــا الإرشادية للوالدين ــ سوف يتم شـــرحها بالتفصـــيل فيمـــا بعـــد ــ أن النشـــاط الزائد / وقصـــور الانتباه يرتبط بجزء كبير بأسلوب معاملة الطفل مـــن قبـــل الوالديـــن والمدرســـين (Goldstein &Goldsteim 1998)،(Abbott, 1993)،(Gittelman, 1991)،(Shoor, 1990)

ويذكر بريو وآخرون (Prior,et.al.,1998) أن المستوى الاقتصـــادي الاجتماعي للأسرة يؤثر في ظهور المشكلات السلوكية بينما أثبتت دراســـة بندا وآخرون (Pineda et.al.,2001) أن أعراض النشاط الزائد / قصـــور الانتباه تكون واضحة بدرجة كبيرة في الطبقات ذات المستوى الاقتصـــادي الاجتماعي المنخفض والأسر المتصدعة لإهمال الوالـــدين للطفـــل وعـــدم رعايته.

ويعزى سبب ظهور أعراض النشاط الزائد / وقصـــور الانتبـــاه إلـــى النظام التعليمي ، وعدم توافر البرامج الخاصـــة بخفـــض النشـــاط الزائـــد وقصور الانتباه في المدارس حيث لا يتوفر للأطفال الحصول على البـــرامج التربوية الفردية التي يحتاجونها. وقد يؤدي بهؤلاء الأطفال إلى عدم تلقي الرعاية الجماعية اللازمة في المدارس ، أو حتى العـــلاج المناســـب لكـــي يتغلبوا على هـــذه العوائـــق.(National Institute of Mental Health 2001)

هذا بالإضافة إلى عدم توافر معلومات واضحة للوالدين عن سمات هؤلاء الأطفال ذوى النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD وعن كيفية التعامل معهم حتى لا يزيد الآباء من حدة صراعهم ويزيد الاضطراب السلوكي ومشكلات عدم تقدير الذات (Leehevn1994)

ويؤكد حامد زهران (١٩٨٠) أن اضطراب النشاط الزائد ليس مجرد تغيرات مصاحبة للنمو، وأن الطفل قد يعاني من بعض المشكلات النفسية في حياته اليومية لا تصل الى درجة المرض النفسي ويجب الاهتمام بها قبل أن يستفحل أمرها وتحول دون النمو السوي ويشير عبد الفتاح القرشى (١٩٩٣) إلى أنه يجب الاهتمام بها قبل أن يستفحل أمرها وتحول دون النمو السوي ، وهذه التغيرات قد تكون انعكاساً لأساليب معاملة معينة أو أسلوب دفاعي ضد الشعور بالاكتئاب وقلة الحيلة.

وتؤكد بعض الدراسات أن العقاب البدني المتكرر للطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتباه يؤدي إلى نتائج عكسية ، فهناك بعض الآباء من يتبع أساليب خاطئة في تربية هؤلاء الأطفال ، مثل العقاب الجسدي وكثرة الأوامر والتعليمات ، مما يسبب إحباطاً لدى هؤلاء الأبناء ، وقد يلجأون إلى الأساليب السلوكية غير المرغوب فيها بسبب معاناتهم من الإحباط (١٩٩٩Goldstein)،(clark. 1990&Heilveil.)، وعلى العكس من ذلك فإن الأطفال ذوى النشاط الزائد / قصور الانتباه قد يسببون الإحباط والقلق لآبائهم وليس الآباء المحبطون أو القلقون هم الذين يسببون لأبنائهم هذا الاضطراب . (Breggin. 1995&Breggin)

ومما سبق ذكره نجد أن الأسباب كثيرة ومتعددة لحدوث هذا الاضطراب (النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD) مما يؤثر على إيجاد مفهوم محدد لهذا الاضطراب ، بل كل يعرفه طبقا للأسباب التي يراها من

وجهة نظره ، وإلى الآن لا يوجد سبب محدد لهذا الاضطراب أجمعت عليه الدراسات في هذا المجال .

حيث يعتقد البعض أن هناك عاملاً وراثياً يتمثل في اختلافات تشـــريح المخ والأعصاب والبعض الآخر ينفي ذلك ، بينما رأى ثالث يؤكـــد ارتبـــاط العامل الجيني (وراثي) مع العامل النفسي ، وإلى الآن لم تجزم الدراســـات بالسبب الحقيقي الرئيسي وراء أسباب اضطراب النشاط الزائـــد / قصـــور الانتباه .

الجزء الثاني

برامج ودراسات في خفض النشاط الزائد لدى الأطفـــال

أولا ــ برامج النظام الغذائي .

ثانيا ــ برامج وأنظمة طبيه .

ثالثاً ــ برامج تنظيم وتعديل السلوك .

رابعاً ــ برامج تعديل السلوك المعرفي .

خامساً ــ برامج تدريب الوالدين .

سادساً ــ برامج متعددة النماذج .

الاتجاهات الحديثة في البرامج المختلفة لخفض مظاهر النشاط الزائد لدى الأطفال

مقدمـــــــــــة :

لقد تطورت حركة البحث في مجال النشاط الزائد لدى الطفل ، ولعـل هذا يقود إلى الانتقال لجوهر هذا البحث المرجعي، وهو محاولـة الكشـف عن الاتجاهات الحديثة في برامج خفض النشاط الزائد لدى الأطفال . وقبل البدء في وصف البرامج المختلفة والتي تستخدم أساليب علاجيـة عديـدة لخفض مظاهر النشاط الزائد يتطلب البدء بعمليه التشخيص الجيـد للطفـل من قبل مجموعة من المتخصصين الذين يفحصون جميع أوجه نمو الطفل وسلوكه ، ويعرف ذلك بالفريق متعدد النظم Multidisciplinary Team. ويتكون هذا الفريق من طبيب بشري تخصص أعصاب ، وأخصائي نفسي، ومتخصص تربوي وأخصائي اجتماعي ، يعملون معاً للكشف عـن سـبب اضطراب الطفل. (Mcnamara 2000&Mcnamara) .

ونشرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال.(American Academy of Pediatrics, 2001) أحدث دليـل لتشـخيص الأطفـال ذوي النشـاط الزائد / قصور الانتباه حيث يشتمل على عمليات التشخيص المبدئية كمـا يلي :

١ ــ الحصول على المعلومات الأساسية عن حالة الطفل من كـل مـن يتعامل معه (والديه ــ مدرسية ــ جيرانه أو القائمين علـى رعايتـه) حيث يتم التعرف على سلوكياته .

٢ ــ التتبع اليومي من الأسرة لمعرفة وفهم الأعراض السـلوكية لمـدة ستة أشهر على الأقل قبل بدء العلاج .

٣ ـ التقييم المستمر للإجابات على أسئلة الأسرة مع اخذ البيانات الكافية عن تاريخ الأسرة والتاريخ المدرسي، وأسلوب التعامل مع الطفل في المنزل والمدرسة أو بعض المشاكل الخاصة بالطفل

٤ ـ وضع تصور لبرنامج تربوي مناسب لقدرات الطفل ADHD على التفكير ومهاراته الأكاديمية .

٥ ـ التنسيق مع المراكز الصحية ومؤسسات رعاية الطفل لعمل فحص طبي شامل على أجهزة السمع، البصر ، أو أي إعاقات في النمو (مثل بعض المهارات الحركية، الذاكرة أو قدرة الطفل على التذكر ، وعن كيفيه التحدث) .

٦ ـ مساعدة الأسرة في وضع أهداف خاصة للمجالات التي يهتم بها الطفل ADHD ومعرفة مدى تأثيرها على أنشطته اليومية .

بالإضافة إلى ذلك محاولة زيادة الاتصال بين الأسر الأخرى ذوي الحالات المشابهة من الأطفال ADHD لتبادل المعلومات والاحتياجات الخاصة به ومعرفة مدى الاستفادة من أساليب التعامل المختلفة مع هؤلاء الأطفال .(Perrin&1993 et. al.)،(American Academy of Pediatrics 1993).

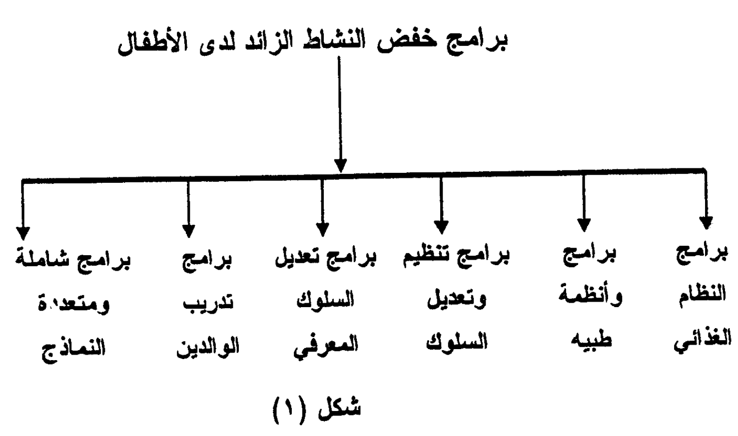
ولنجاح عملية التشخيص يجب على الكيلينكي أن يتمهل في تشخيص هؤلاء الأطفال لأن مظاهر أو أعراض هذا الاضطراب قد تتشابه مع بعض مظاهر مشكلات سلوكية أخرى وخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة (Weaver, 2000)،(Willcutt, et. al.,1999) حيث يتطلب ذلك الحذر في عمليات التشخيص وعدم التسرع في الحكم على الأطفال بأن لديهم اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه (Breggin 1999) وخاصة في

مرحلة ما قبل المدرسة لتشابه المشكلات السلوكيـة في هذه المرحلة وهذا طبقا لاستنتاجات باركلي (Barkley. 1996) عـن الخلـط فـي عمليـات التشخيص حيث ان حوالي ٣٥ ــ ٦٠ % من الأطفال ذو النشاط الزائـد / قصور الانتباه ADHD في سن أقل من ٧ سنوات يشخصون على أنهم ذو اضطراب في السـلوك المعـارض(Oppositional Defiant Disorder ODD) وبعد فترة من النمو نجد حوالي ٣٠ ــ ٥٠ % يشخصـون علـى أنهم ذو اضطراب في السلوك، وأحيانا نجد ١٥ ــ ٢٥ % يشخصوا علـى أن لديهم شخصيه مضادة للمجتمع.

وهذا يوضح الخلط في عمليات التشخيص ما بـين النشـاط الزائـد / قصور الانتباه ADHD ، اضطراب السلوكConduct Disorder (CD) اضطراب السلوك المعارض (O.D.D). لدى هؤلاء الأطفال فـي المرحلـة العمريه الأقل من ٧ سنوات مما يوضح صعوبة عمليات التشخيص في هذا السن .

وعقب إتمام عملية التشخيص يقوم المشخص بتحديـد مـا إذا كـان الطفل لديه اضطراب في النشاط الزائد / قصور الانتباه أم لا وذلك باستخدام معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضـطرابات العقليـة DSM4 والذي يعتبر معياراً هاماً للتشخيص حيث يوضح الأعـراض أو المظـاهر السلوكية التي تظهر قبل سن ٧ سنوات والتي يجب أن تكون غير ملائمـة لسن الطفل ومدى تكرارها لمده ستة اشهر على الأقل قبل البدء في العلاج، وعدم اشتراك هذه الأغراض أو المظاهر مع أي مظاهر سلوكية أخـرى أو عقليه مثل (اضطراب القلق ، فصام الشخصية ــ أو اضـطرابات عقليـة اخرى) .

وعملية التشخيص ليست سهله مثل قراءة قائمة الاعراض. بل نحتاج إلى جهد متواصل وتعاون فريــق مــن المتخصصــين. وتــدريب للاباــاء والمدرسين، حيث أنه كلما زادت معرفة الأباء والمدرســين بهــذا الطفــل ADHD زادت مساعدتهم له وتحقيق النجاح في تخفيض هذه المظــاهر ومن هنا يأتي دور البرامج الخاصة والتي تستخدم اساليب علاجية مختلفة لخفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / وقصور الانتباه ADHD وبما أن الدراسات لم تجزم بالسبب الحقيقي والرئيسي لمظاهر النشاط الزائــد ، قصور الانتباه . ومن ثم فإن أساليب العلاج مازالــت تعطــي بنــاء علــى أعراض النشاط الزائد وليس بناءً على أسباب هذا الاضطراب . وفيما يلــي تصنيف للاتجاهات الحديثة لدراسات استخدمت برامج وخطط علاجية فعالة **في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD لدى الأطفال في التخطيط التالي :**



شكل (١)

تخطيط لأهم الاتجاهات الحديثة لبرامج خفض النشاط الزائد لدى الأطفال

الفصل الأول

برامج النظام الغذائي

الفصل الأول برامج النظام الغذائي

ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه على دور بعض الأطعمة المختلفة ومدى تأثيرها في ظهور اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال ، وأن عمل نظام غذائي خاص (أو رجيم خاص) لا يحتوى على هذه الأطعمة سوف يساعد في خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لديهم . وفيما يلي عرض للبرامج الحديثة والدراسات التي استخدمت برامج النظام الغذائي المحدد في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال :

هدفت دراسة كانكو و آخرون (Kaneko, et.al., 1993) إلى التعرف على أنواع الأطعمة التي تؤثر في ظهور اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال وتحديدها ، ثم عمل برنامج غذائي لخفض هذا النشاط الزائد لا يحتوى على هذه الأطعمة . وأجريت هذه الدراسة على عينة من (١٨٢) طفلاً يعانون من النشاط الزائد / وقصور الانتباه حيث اعتمدت على تقارير الوالدين في تحديد أنواع الأطعمة التي تؤثر في ظهور هذا الاضطراب وتوصل إلى أنواع الأطعمة الممنوعة وهي (السكر ــ اللبن ــ الذرة ــ الشكولاته ــ البيض ــ الدقيق ــ الألوان الصناعية المضافة للأطعمة الخاصة بالأطفال ومحسنات الطعم) وبعد تحديد هذه الأنواع من الأطعمة قام بعمل برنامج أو نظام غذائي لا يحتوى على هذه الأطعمة بنسب محددة ولمدة خمس سنوات، ثم أجرى تقييم للمظاهر السلوكية للنشاط الزائد لدى هؤلاء الأطفال فوجد تأثير عالي لهذا البرنامج الغذائي في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى أطفال عينة الدراسة، ووضعت الدراسة توصيات باستشارة الطبيب المتخصص في

التغذية في وضع النظام الغذائي الخاص بهؤلاء الأطفال وخاصة الذين لديهم حساسية من بعض الأطعمة.

وتوصلت دراسة كيناكتشي وآخرون (Canacchi, et.al., 1993) إلى خفض مظاهر النشاط الزائد لدى الأطفال عن طريق برنامج غذائي معدل مضاف إليه بعض المعادن . لعينة مكونة من (١٤٩) طفلا يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه وضعف في الذاكرة (النسيان) ،ضعف في الأداء المعرفي أو العقلي وعدم القدرة على التعلم. واستعانت الدراسة باختبارات الذكاء واختبارات التحصيل لقياس مستوى الذكاء والمستوى الأكاديمي لهؤلاء الأطفال . ثم تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين الأولى ضابطة والثانية تجريبية حيث تم إخضاع المجموعة التجريبية لنظام غذائي محدد لا يحتوى على الأطعمة الممنوعة السابق ذكرها مضافاً إليها (٣٠٠ملجم) من عنصر الفوسفاتديل سيرن (Phosphatidyl serine (PS)) يومياً . وبعد انتهاء التجربة أظهرت نتائج التحليلات الإحصائية تقدماً ملحوظاً في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى أطفال المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج الغذائي المحدد بإضافة بعض المعادن ووجدوا أيضاً تحسناً في الذاكرة وفي الأداء التعليمي والمعرفي عن أطفال المجموعة الضابطة وأوصت الدراسة خبراء التغذية بإضافة بعض الفيتامينات والمعادن للنظام الغذائي المحدد لخفض النشاط الزائد لدى الأطفال .

وفي دراسة مماثلة أجراها لومبارد وجرمانو (Lombard,& Germano 1998) بغرض خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه عن طريق برنامج غذائي محدد وخاص لهؤلاء الأطفال . وتكونت عينه الدراسة من (١٦) طفلاً يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه

واستعان بتقارير الوالدين في معرفة أنواع الأطعمة التي يتناولها هؤلاء الأطفال بكثرة ثم قام بعمل نظام غذائي محدد لهؤلاء الأطفال يحتوى على الأطعمة الآتية بنسب خفضها كالآتي :

السكر خفض بنسبه ٧٧% ، اللبن بنسبة ٣٨% ، الشكولاته بنسبة ٢٨%، الذرة بنسبة ٣٠% ، القمح الدقيق بنسبة ١٥% وبعد انتهاء عامين من تنفيذ البرنامج أظهرت النتائج أن حوالي ٦٢% من هؤلاء الأطفال تم خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لديهم بذلك ثبتت فاعليه هذا البرنامج الغذائي ، وأوصت الدراسة بإضافة فيتامين (B) إلى أطعمة البرامج الغذائية المحددة حيث ثبت طبيا أنه مفيد لنمو خلايا المخ لهؤلاء الأطفال .

وأخيراً ظهرت أحدث برامج غذائية لخفض النشاط الزائد لدى الأطفال ومنها نموذج لبرنامج غذائي لكوان (Cowan, 2002) حيث أوصى باستخدام هذا البرنامج لكل عضو في الأسرة وليس فقط الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه، حيث وضع هذا البرنامج عن طريق متخصصين، ويهدف إلى خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال ، ويعتبر من البرامج البديلة البعيدة عن استخدام الأدوية، والتي يفضل استخدامها أولاً قبل استخدام العلاج الطبي والعلاجات السلوكية المختلفة . ويحتوي البرنامج على الآتي :

أولا ـ الممنوعات من الأطعمة لمده أسبوعين :

١ ـ منتجات الألبان الطبيعية وبعض أنواع لبن الأطفال ذو الدسم .

ويستخدم البديل له ماء الأرز وشرب الماء بدلا من اللبن بكمية كبيرة، لأنه يدخل في تركيب المخ بنسبه ٨٠ % وإعطاء الطفل حوالي ٧ ـ ١٠ أكواب

ماء يومياً وليس من ضمنها المشروبات الغازية أو الشاي أو الأيس كريم أو العصائر .

٢ ــ أكل الأطعمة الصفراء مثل (الذرة ــ القرع ــ الكوسة) .

٣ ــ أكل الأطعمة المحفوظة لمدة طويلة Junk Foods .

٤ ــ شرب العصائر التي تحتوي على كمية كبيرة من السكر .

(كوب صغير من عصير التفاح به كمية من السكر تحتويها ٨ تفاحات وإذا أراد الطفل شرب بعض العصائر فيجب تخفيفها بالماء بنسبة ٥٠%) .

٥ ــ يمنع أكل السكر بنسبة ٩٠ % ولو استطعت أن يكون صفر% يكون أفضل .

٦ ــ تخفض الشكولاته بنسبه ٩٠% ويسمح بقطعه واحدة مره واحدة في الأسبوع، ولا تستخدم في حالات التعزيز للسلوكيات المرغوب فيها لدى الأطفال .

٧ ــ ممنوع الفطائر بأنواعها .

٨ ــ خفض الأطعمة المقلية بالزيوت الدسمة بنسبة ٩٠ % ويفضل الأطعمة التي تقلى بزيت الخضراوات Vegetable Oil .

٩ ــ تجنب الأطعمة الملونة بقدر الإمكان وخاصة إذا كان لدى الطفل حساسية ضد الأطعمة الملونة .

١٠ ــ تجنب الوجبات السريعة .

ثانيا . المسموح به من الأطعمة لمدة أسبوعين :

يسمح باكل اللحوم بانواعها بما فيها لحوم الرومي وكذلك الشـــوربة وتحتوى الوجبات اليومية على الكميات الاتية من العناصر الغذائية الهامة :

١ ـ في الإفطار كميات عالية من البروتين ويفضل استخدام البروتين البودرة (مثل البيض البودرة) لأنه يحتوي على بروتين عالي مع كميـــه قليلة من الكربوهيدرات أي حوالي ٦٠ % بروتين ، ٤٠ % نشـ ويات أو كربوهيدرات وباقي الأطعمة بنسبة ٥٠ % إلى ٥٥% ويســـمح باســـتخدام اللبن الجاف على كوب من القهوة أو الشاي.

٢ ـ تقديم البروتينيات أيضا في وجبه الغذاء مع إضافة البر وتينات البودرة إلى معظم الأطعمة لأنه مفيد جدا لهذا الطفل ADHD .

٣ ـ أضافه المعادن والفيتامينات (في سلطه الخضراوات) .

٤ ـ إعطاء بعض الفيتامينات الخاصة بالطفل .

٥ ـ استخدام زيت السمك [فيتامين (أ) بإضافة ملعقة يومياً للسلطة أو استخدام زيت الخضراوات] .

٦ ـ أكل أي كمية من الخضراوات والفاكهة .

وبعد أسبوعين يبدأ بإضافة أطعمة أخرى إلى هذا النظام الغذائي على كل وجبه يوم بعد يوم مع وضع الكمية المناسبة للنمو على قدر المستطاع ولمدة أربعه أيام. وهذه الأطعمة مقاديرها موجودة في كتاب طهي خـــاص بالنظام الغذائي الخاص وإذا حدثت أي مشكلة أو أي رد فعل لهـــذا النظـــام الغذائي سوف يظهر خلال الأربعة أيام الملحقة بنظام الرجيم السابق. وقـــد

ثبت فعالية هذا البرنامج في خفض النشاط الزائد قصور الانتباه بنسبه ٢٠ % لدى الأطفال الذين استخدموا هذا البرنامج

وفي برنامج أخر نشره المركز الطبي العام للتغذية (General Nutrition Center Clinic 2002) ويهدف هذا البرنامج الفعال إلى الحفاظ على نسبة السكر في الدم ما بين ٤٠ ــ ١٤٠ لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه بعد أن ثبت فعالية استخدامه لمده خمس سنوات على هؤلاء الأطفال . ويشتمل هذا البرنامج الغذائي على نسبه عالية من البروتين مع الخضراوات الطازجة، حيث وضع جدول يومي يحتوى على كمية من الأطعمة والسعرات الحرارية لكل نوع مع النسبة المئوية المفضلة يوميا .

جدول رقم (٢)

يوضح نظام غذائي عالي البروتين للحفاظ على نسبة السكر في الدم لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه

(٢) السعرات الحرارية لكل وجبه	النسبة يومياً	(١) السعرات الحرارية لكل وجبه	النسبة يومياً
١-كربوهيدرات ٤ جرام	%١	حديد ٠,٦ مليجرام	%٤
٢-ألياف وخضراوات طازجة ١ جرام	%٤	فوسفور ٥٠ مليجرام	%٦
٣-سكر صفر جرام	%-	ماغنسيوم ٢٣ مليجرام	%٦
٤-بروتين ٢٢ جرام	%٤٤	صوديوم ٣٤٠ مليجرام	%١٥
٥-كلسيوم ٢٠ مليجرام	%٢	بوتاسيوم ٣٩٠ مليجرام	%١٠

وهذا البرنامج حقق نتائج عالية في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال مع الحفاظ أيضا على نسبة السكر في الدم من ٤٠ ــــ ١٤٠ .

وظهرت برامج بديله تستخدم الوخز بالإبر الدقيقة لتوازن زيادة الطاقة خلال الجسم حيث أنها تركز على أماكن محددة بالجسم، يعتقد أنها بداية قنوات تفريغ الطاقة بصورة فردية وأثبتت الدراسات أن لها تأثيراً عالياً في خفض مظاهر النشاط الزائد/ قصور الانتباه لدى الأطفال (Chermomazova, 1996) .

تعقيب

تعتبر برامج التغذية من البرامج البديلة عن استخدام الأدوية ، وهي برامج مفيدة وفعالةّ وتساعد بنسبه لا بأس بها في خفض المظاهر السلوكية والكيلينيكيه لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه، حيث أثبتت بعض البرامج فعاليتها بنسبة ٢٠% في خفض هذه المظاهر بينما برامج أخرى أثبتت فاعليتها بنسبة ٦٢% مع هؤلاء الأطفال، وذلك بتغيير النظام الغذائي لهم واستخدام النظام الغذائي المحدد في البرنامج. ومن الملاحظ أنه ليس هناك نظام محدد يساعد جميع الأطفال ذو النشاط الزائد / قصور الانتباه بصفة منتظمة ومستمرة ، غير أن النظام الغذائي المكثف يحتاج دائما إلى أخصائي تغذية جيد،-حتى لا يفقد الطفل نضارته ويظهر في سن أكبر من سنه لو استخدم هذا النظام الغذائي لفترة طويلة .

الفصل الثاني

برامج وأنظمة طبية

وأصحاب هذا الاتجاه يعتقدون أن مظاهر أو أعراض النشاط الزائد / قصور الانتباه ينشأ من اضطراب في الوظائف السيكولوجية للجهاز العصبي المركزي، ومع وجود التكنولوجيا الحديثة يستطيع الباحثون في هذا المجال ملاحظة مناطق المخ النشطة أو الخاملة ومنها تحدد الأدوية المهدئة للمناطق النشطة والأدوية المنبهة أو المنشطة للمناطق الخاملة والمسئولة عن المظاهر السلوكية التي تميز اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال، حيث ثبتت فعالية العلاج بالأدوية في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال . وتعددت الدراسات في الوسط الطبي لإثبات تأثير وفعالية العقاقير المستخدمة في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال. وسوف تعرض الباحثة بعضاً من هذه الدراسات وأهمها حيث أنها بعيده عن مجال تخصص الباحثة ولكنها ضمن التداخلات التي تفيد في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال .

في بداية التسعينات قام هانت وزملاؤه (Hunt, et.al.,1990) بإجراء تجربة واسعة المدى، للتعرف على أنواع العقاقير التي تؤثر في خفض النشاط الزائد وسميت Open Trial حيث تم في هذه التجربة مسح شامل لعدد كبير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه والمصحوب بالإحباط وبعض مظاهر السلوك العدواني وذلك للتعرف على تأثير عقار " الكلونيدين " "Clonidine" وأيضاً عقار الجوان فاسين " Guan Facene " في خفض هذه المظاهر .

واستخدم الباحثون مقياس كونر لجمع المعلومات عن هذه الأطفال من تقارير الوالدين واظهرت التحليلات الإحصائية أن عقار الكلونيدين وعقار الجوان فاسين يعتبران من احسن العقاقير وأنجحها في خفض النشاط الزائد فصور الانتباه وخفض الإحباط وبعض السلوكيات العدوانية وذلك بإعطاء الجرعات بنظام ثابت طبقاً لكل طفل .

وفي دراسة حالة قام بها جادو وبوميروي (Pomerey &Gadow ١٩٩٠) تتلخص في حالة طفله عمرها أربع سنوات تعاني من نشاط حركي زائد بدرجه شديدة مع تخلف عقلي متوسط الدرجة وقاما الباحثان بعلاجها بمركبات " المثيل فينيدات "Methylphenidate وعقار الفنفلورامين Fenfluramine وعقار بلاسبو Plasbo لمدة عامين ونصف بنظام الجرعات الثابتة وأظهرت النتائج انخفاضاً ملحوظاً في المظاهر الكيلينيكيه والسلوكية للنشاط الزائد المفرط الحركة لدى الطفلة .

وهدفت دراسة جولدين (Golden, ١٩٩١) إلى إثبات فعالية عقار الريتالين "Retaline" في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال وذلك بنظام الجرعات الثابتة لدى (١٠) أطفال يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ، (١٠) أطفال آخرين من الأطفال العاديين وأعطى هؤلاء الأطفال جرعات بنظام ثابت من عقار " الريتالين " واعتمد على تقارير الوالدين في معرفة درجة تأثير العقار على عينه الدراسة . وأكدت النتائج أن عقار " الريتالين " يؤثر في كل من الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه والأطفال العاديين بنفس الدرجة والتأثير من ناحية المظاهر الكلينيكية، وأشارت النتائج الى أن سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ليس اضطراب سلوكي ولكنه هو مظهر من مظاهر الصراع .

وأجرى جادو دراسته (Gadow 1992) عن تأثير الأدوية المنبهة أو المنشطة في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه على عينة من أربع أطفال في سن المدرسة ويعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه وبعض الاضطرابات العصبية على حركات غير طبيعية وحركات لإرادية (زملة توريت). واعتمد على تقارير الوالدين في جميع المعلومات عن حالة كل طفل وعن تاريخ حالة وزمن ظهور هذه الأعراض، وبدأ في نظام إعطاء الجرعات من مركبات الدكسي أمفيتامين Dexamphetamine لطفلين ومركبات المثيل فينيدات Methyphenidate لطفلين آخرين في جدول قسم إلى (٨) جلسات حيث بدأ بأقل الجرعات ثم استمر في زيادتها إلى أن حصل على أعلى درجه تحسن في المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه وأيضا في الحركات العصبية اللاإرادية وغير العادية. وأكدت النتائج أن أحسن جرعة تعطي نتائج جيدة في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه في مركبات الدكسي امفيتامين هي الجرعة التي تتراوح ما بين ١٥ و ــ ٥ ومليجم لكل كيلوا جرام يوميا . ومن مركبات المثيل فنيدات هي الجرعة التي تتراوح ما بين ٠,٣ ــ ١,٠٠ مليجرام لكل كيلو جرام يوميا ويمكن خفض الجرعات إلى النصف إذا حدث خفض للمظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال .

وتعرف تانوك واسكاتشر (Schachar 1992&Tannock) على تأثير مركبات المثيل فينيدات (Methylphenidate (MPH)) في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى عينة من الأطفال عددهم (٢٦) طفلاً يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه حيث تم إعطاء مركبات المثيل فينيدات (MPH) وعقار بلاسبو Placbo بنظام الجرعات في صورة متبادلة واعتمد على تقارير الوالدين لمعرفة التغير الذي طرأ على سلوك الأطفال نتيجة تأثير العقار وأثبتت النتائج أن مركبات المثيل فينيدات من

المحتمل أن نخفض بصورة مؤقتة مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال

وتهدف دراسة سوانسون (Swanson, et.al., 1993) إلى التعرف على فعالية مركبات المثيل فينيدات ومنها عقار الرتيالين "Retalin "حيث أجرى تجربة على (١٩٦) طفلا يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه تعاطوا عقار " الريتالين " لعدة سنوات بنظام جرعات ثابتة ومتدرجة ومستمرة يوميا إلى أن يظهر تحسن في المظاهر السلوكية للنشاط الزائد وقصور الانتباه والاندفاعية. وأثبتت النتائج أن هذا العقار له تأثير إيجابي على احترام الذات وخفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه وأيضاً له تأثر على خفض مظاهر السلوك العدواني والسلوكيات السلبية وخاصة في الأطفال ذوي الحالات المتأخرة من النشاط الزائد / قصور الانتباه وأظهرت النتائج أن الأطفال الذين عولجوا بعقار " الريتالين " لفترات طويلة أدى ذلك إلى تحسن في مظاهر سلوكهم مع ظهور بعض الآثار الجانبية القليلة التي يمكن تحملها وتنتهي بطول فترة العلاج . ومن هذه الآثار الجانبية (فقدان الشهية ــ الصداع ــ آلام في المعدة) .

وأجرى إسكاكر وتانوك (Tannock 1993&Schachar) دراستهما بغرض إثبات مدى فعالية مركبات المثيل فينيدات (Methylphenidate (MPH)) في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال حيث اختارا (١٨) تلميذا من المدرسة الابتدائية يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه وتم تقسيم العينة إلى مجموعة تجريبية عددها (٧) ومجموعة ضابطة عددها (١١) لم تتلقى أي علاج وتلميذ واحد فقط تلقى علاجه بمركبات الدكستروا مفيتامين Dextroamphetamine أما المجموعة التجريبية فتلقت علاجاً بمركبات المثيل فينيدات (MPH) وعقار

بلاسبو Plasbo بنظام جرعات ثابتة في صوره متبادلة واعتمد على تقارير الوالدين في معرفة مظاهر التحسن في سلوك الأطفال . أظهرت النتائج تحسناً كبيرا في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى أطفال المجموعة التجريبية عن أطفال المجموعة الضابطة وأظهرت أيضا أن الأدوية المنبهة مثل مركبات المثيل فينيدات أظهرت تأثيراً أكبر من تأثير عقار بلاسبو Placebo في خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه .

وتهدف دراسة روزيتر ولافاكي (Lavaque 1995&Ressiter,) إلى فحص فعالية التغذية الراجعة الحيوية بجهاز الأشعة المقطعية للمخ Electro Encephalo Gram (EEG) والأدوية المنشطة في خفض النشاط الزائد /قصور الانتباه لدى الأطفال .

وتكونت عينة الدراسة من (٤٦) طفلاً يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه وتتراوح أعمارهم ما بين ٨ ــ ١٢ سنة، وقيست نسبه الذكاء ما بين ٨٠ ــ ١٢٠. واستخدمت الدراسة اختبار متغيرات الانتباه في القياس القبلي والبعدي حيث صنفت العينة إلى مجموعتين تجريبيتين وتكونت كل مجموعة من (٢٣) طفلا تلقت المجموعة التجريبية الأولى العلاج باستخدام الأدوية المنشطة النفسية ولم يتلقوا المعالجة الحيوية بالأشعة المقطعية للمخ (EEG) . والمجموعة التجريبية الأخرى تلقت بدائل العلاج بالتغذية الراجعة الحيوية بالأشعة المقطعية للمخ (EEG) .

وتحدد جدول معالجة من (٢٠) جلسة علاجية بواقع (٣) جلسات علاجية كل أسبوع مع تغير طرق المعالجة ولم تقتصر المعالجة على التغذية الراجعة الحيوية EEG والمنشطات النفسية فقط بل استخدمت طرق

إضافية تشتمل على برامج تعديل السلوك بهدف تحسن سلوك الطفل في المدرسة وأرسلت استمارات المستوى الأكاديمي والسلوكي إلى المنزل والمدرسة يومياً أو أسبوعياً .

وأظهرت النتائج أن أطفال المجموعتين التجريبيتين تم خفض مظاهر اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه بالمعالجة بالأدوية المنشطة النفسية والتغذية الراجعة الحيوية (EEG) كما أظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية التي تم علاجها بالتغذية الراجعة الحيوية (EEG) . أكثر فاعليه في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه عن المجموعة التجريبية الأخرى .

وتهدف دراسة جنسن وآخرون (Jensen, et. al., 1999) إلى خفض اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه لدى الأطفال عن طريق الأدوية وحدها. حيث تم إجراء التجربة على عينه من (٥٧٩) طفلاً يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه في سن ٧ إلى ٩,٩ سنة وتم تقسيم العينة إلى أربعة مجموعات المجموعة الأولى عولجت بالأدوية فقط بانتظام لمدة (١٤) شهراً. والمجموعة الثانية عولجت بنظام دوري من العلاج الطبي الدوائي والعلاج السلوكي معا والمجموعة الثالثة عولجت بالتكنيك السلوكي فقط والمجموعة الرابعة ضابطة لم تتلقى أي علاج.

وأظهرت النتائج انخفاض في المظاهر المزمنة لدى مجموعة الأطفال ADHD في سن المدرسة بعد أكثر من (١٤) شهراً من تقديم البرنامج الدوائي وحده. والمجموعة الأخرى التي تم تقديم برنامج مشترك في نظام دوري من العلاج الدوائي والعلاج السلوكي وجد أن ٨٥ % من هؤلاء الأطفال ADHD تم خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه بينما الأطفال الذين عولجوا بالنظام الدوائي فقط أو العلاج السلوكي

فقط لم يظهروا سلوكيات طبيعية تماما مثل الأطفال الذين تم علاجهم ببرامج مشتركة من الأدوية والعلاج السلوكي معاً

وتشير دراسة انجرام وآخرون (Ingram. et.al 1999) الى احسن جرعة دوائية تخفض أعراض النشاط الزائد / قصور الانتباه. حيث قام بتصميم جدول يتدرج فيه نظام الجرعات الدوائية المعطاة للطفل ذوي اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه لعينة مكونة من (٥٠٠) طفل تم تقسيمهم إلى مجموعتين أحدهما تجريبية وأخرى ضابطة وتلقت المجموعة التجريبية نظاماً من الجرعات لأدوية آمنة (أي قليلة التأثيرات الجانبية) لمدة خمس أيام وتعطي الجرعات للطفل أثناء فترة المدرسة . ووضع جدول آخر من الجرعات الدوائية الآمنة لمدة سبعة أيام إذا كان الطفل في المنزل والمجموعة الضابطة لم تتلقى أي علاج . وأظهرت النتائج تحسنا ملحوظا في المجموعة التجريبية حيث أكد أن أحسن جرعة دوائية هي التي لم يحدث عندها أي آثار جانبية مع تحسن واضح في خفض مظاهر سلوك النشاط الزائد / قصور الانتباه . ومن توصيات الدراسة أن تُخفض الجرعة الدوائية عندما تكون عالية ولها آثار جانبية إلى النصف وإذا لم يحدث تحسن في الحالة يمكن تغيير الجرعات الدوائية، وأكدوا أخيراً أن الأدوية المنشطة أو المنبهة عامة تعتبر أحسن الأدوية لتخفيض مظاهر النشاط الزائد وأكثرها أمنا لقلة التأثيرات الجانبية المصاحبة لها .

واستخدمت دراسة ويفر (Weaver 2000) نوعين مختلفين من الأدوية بنظام جرعات ثابت، والتي تساعد في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه [ADHD] لدى الأطفال على عينة مكونة من (٢٥) طفلا ADHD ثم علاجهم بـ :

١ ــ الأدوية المنشطة Stimulants

٢ ــ الأدوية المضادة للاكتئاب Antidepressants

وأظهرت نتائج الدراسة الآتي :

١ ــ فعالية تأثير هذه الأدوية في تنظيم وخفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال الأكبر سنا عن (٥) سنوات.

٢ ــ تحسناً في السلوك من خلال زيادة الانتباه .

٣ ــ تحسناً في زيادة التحكم في الاندفاعية .

٤ ــ خفض السلوك النشط الخاص بالمهام مثل السلوك الخاص بالجلوس داخل المنزل أو المطعم أو المدرسة .

٥ ــ يخفض من الضوضاء والسلوك المزعج .وأظهرت النتائج تحسناً كاملا في المظاهر السلوكية والاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه وذلك باشتراك هذين النوعين من الأدوية .

وقام إجباليه وآخرون (Eghbalieh, et.al.2000) بتصميم برنامج للمتابعة الطبية ، ويهدف هذا البرنامج إلى متابعة نتائج العلاج بالأدوية لدى الأطفال ذو النشاط الزائد / قصور الانتباه حيث أجريت تجربة على (٥٣) طفلا من سن ٦ ــ ٧ سنوات يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه . وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات المجموعة الأولى (١٣) طفلاً تلقوا علاجاً بعقار الأمفينامين " Amphetamine " والمجموعة الضابطة وعددها (١٧) طفلا ولم تتلقى أي علاج بأي دواء والمجموعة الثالثة وعددها (٢٣) طفلا تلقوا علاجاً متتابعاً من الأدوية مع علاج سلوكي.واستخدمت الدراسة نظام التنبيه Alerting System (AS) ومقياس الإنجاز والتحصيل Continuous Performance Test, (CPT) وتم تطبيق هذه الأدوات على المجموعتين التجريبيتن. وأوضحت النتائج أن المجموعتين التجريبيتين أظهرتا تحسنا في الأداء وتنفيذ المهام عن المجموعة الضابطة

غير أنها أظهرت تنوعا في مرات رد الفعل والتي زادت في بعض المهام . ولم تظهر فروق بين المجموعتين التجريبيتين في معدلات الإنجاز بشكل عام .

واستخدم لون (Loon,2000) نظاماً دوائيا خاصا بعقار الكافين " Couffen " ومركبات الأمفيتامين " Amphetamines " للتعرف على تأثيرهما على خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه وعلى التحصيل المعرفي والإنجاز الحركي والعاطفي. وتم إجراء التجربة على عينه من الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه وعددهم (٢٠) طفلا تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات بكل منها خمسة أطفال. المجموعة الأولى تجريبية تلقت علاجا بعقار " الكافيين " والمجموعة الثانية تجريبية تم علاجها بمركبات " الأمفيتامين " والمجموعة الثالثة تلقت العلاجبين معاً عقار " الكافيين " مع مركبات " الأمفيتامين " والمجموعة الرابعة ضابطة لم تتلقى أي علاج . وأظهرت النتائج فاعليه مركبات " الأمفتيامين" أكثر من عقار " الكافيين " في خفض مظاهرا النشاط الزائد / قصور الانتباه والاندفاعية وتحسين الأداء الوظيفي أما نتائج المجموعة التجريبية التي تم فيها الجمع بين " الكافيين " " والأمفيتامينات" أعطت مستويات معتدلة في خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه عن المجموعات الأخرى .

وأكدت دراسة جلبرج وآخرون (Gillberg, et.al.2001) أن الأدوية المنشطة لفترة طويلة لدى الأطفال ذوى النشاط الزائد / قصور الانتباه (ADHD) تساعد في خفض مظاهره واشتملت الدراسة على عينة مكونة من (٦٢) طفلا في سن ٦ ـ ١١ سنة تم تشخيصهم طبقاً لمعايير DSM4 تلقوا علاجاً بعقار الأمفيتامين " Amphetamine " لمدة (١٥) شهراً .

وأظهرت النتائج مدى فاعلية هذا العقار في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى أطفال العينة وأن له تأثير إيجابي لمده (١٥) شهرا بعد البدء من العلاج كما ظهر تحسن في نتائج اختبارات وكسلر للذكاء عند هؤلاء الأطفال .

وفي دراسة تعتبر من أكبر الدراسات التي أجريت في المجال الطبي وهي دراسة تقويمية قامت بها الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (American Academy of Pediatric 2001) حيث جمعت الدراسات الطبية التي استخدمت الأدوية لعلاج اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD لدى الأطفال واستنتجت نموذجاً لبرنامج طبي يستخدم لخفض النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD للأطفال كالآتي:

جدول (٣) نموذج لبرنامج طبي يستخدم لخفض مظاهر

النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD

الإسم أو الفصل الدراسي	جدول الجرعات اليومية	التوقيت لمدى الجرعة	كمية الجرعة
الاختيار الطبي الأول الأدوية			
مثيل فنيدات Methyphenidate لفترة قصيرة ريتالين Retalin	مرتين في اليوم أو ثلاث مرات في اليوم	٣ ـ ٥ ساعات	٥ ـ ٢٠ مليجم/كجم مرتين في اليوم إلى ٣ مرات في اليوم
لفتره متوسطه ريتالين Retalin مثيلين Methylin	مره في اليوم إلى مرتين في اليوم	٣ ـ ٨ ساعات	٢٠ ـ ٤٠ ميلجم /كجم مرة في اليوم أو ٤٠ مليجم / كجم في الصباح، ٢٠ مليجم بعد الظهر .
لفترة طويلة كونسرتا متيلديت Concerta Metadete ريتلين Retalin	مرة في اليوم	٨ ـ ١٢ ساعة	١٨ ـ ٧٢ مليجم / كجم مره في اليوم

[تابع] جدول (٣)

نموذج لبرنامج طبي يستخدم لخفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD (٢٠٠١)

الاسم أو الفصل الدراسي	جدول الجرعات اليومية	التوقف لمدى الجرعة	كمية الجرعة
أمفيتامين "Amphetamine" لفترة قصيرة " دكسدرين " Dexedrine"	مرتين في اليوم أو ثلاث مرات في اليوم	٤ ـ ٦ ساعات	٥ ـ ١٥ ملجم/كمج مرتين في اليوم أو ٥ ـ ١٠ مليجم /كجم ٣ مرات في اليوم
لفترة متوسطة أديرال Addrall دكسدرين سبانول	مره واحده إلى مرتين في اليوم	٦-٨ ساعات	٥ ـ ٣٠ مليجم /كجم مرة في اليوم ٥ ـ ١٥ مليجم /كجم مرتين في اليوم
أديرال لفترة طويلة Addrall	مرة في اليوم		١٠ ـ ٣٠ مليجم /كجم مرة في اليوم
مضادات الاكتئاب الاختيار الطبي الثاني في العلاج			
تراى سيكليكي Tricyclics	مرتين في اليوم إلى ٣ مرات في اليوم		٢ ـ ٥ مليجم /كجم يومياً
امبرامين، Impramin دسبرامين Desipramin بيرويش Bupropion			
ولبوترين Wellbutrin	مرة في اليوم إلى ٣ مرات في اليوم		٥٠ ـ ١٠٠ مليجم /كجم ٣ مرات يوميا
ولبوترين (س ر) Welliutrin (SR)	مرتين في اليوم		١٠٠ ـ ١٥٠ مليجم /كجم مرتين يومياً

تعقيب

نستنتج مما سبق أن برامج العلاج الطبي ونظام الجرعات المختلفة لها تأثير إيجابي في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال، وأيضا في زيادة احترام الذات، وأن الأطفال الذين تلقوا علاجاً بالأدوية المنشطة أو المنبهة لفترة طويلة أظهروا تحسنا كبيراً في السلوك . حيث أكد بيي (Bee,1995) أن كثير من الأطفال الذين لديهم اضطراب النشاط الزائد / ويعالجون بالأدوية المنبهة مثل " الريتالين " أظهروا تحسنا، وتم

خفض المظاهر السلوكية اللاسوية وسلوكيات عدم الطاعة وتشتت الانتباه في الفصل، ولكن توجد آثار جانبية مثل (عدم الاستقرار في النوم، ضعف الشهية للطعام ، آلام في المعدة ، صداع ، بعض أعراض توريت(تقلص لا إرادي في العضلات وخاصة عضلات الوجه) وبالتالي يلجأ الطبيب إلى تقليل الجرعات أو تغيير الجرعة الدوائية أو اللجوء إلى بديلات الأدوية لدى الحالات التي لم تستجيب للدواء ومن هنا يأتي الشك في نجاح العلاج بالأدوية المنشطة لمدة طويلة . غير أن بعض الدراسات أوصت بعدم استخدام الأدوية المنبهة وحدها بل لا بد من اشتراكها مع العلاج الشامل الذي يحتوى على العلاج الطبي والعلاج السلوكي معاً في المنزل والمدرسة وليس كل الأطفال الذين لديهم نشاط زائد / قصور انتباه يحتاجون إلى علاج طبي وقليل منهم لا يستجيب للعلاج بالمنبهات .

ويذكر (Fark, 1997) أن الأطفال الذين لديهم نشاط زائد / قصور انتباه وشخصوا مبكرا وتكيفوا مع الأسرة يفضل عدم إعطائهم علاج طبي خارج أوقات المدرسة (أي في المنزل) ويجب التركيز على المشكلات المدرسية وحلها بأساليب العلاج السلوكي.

الفصل الثالث

الفصل الثالث ــ برامج تنظيم وتعديل السلوك :

يعتقد أصحاب هذا الاتجاه أن المظاهر السلوكية لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال توجد بشكل أكثر حده مّما هو موجود عند الطفل الذي ينمو نمواً طبيعياً، ويمكن ملاحظة هذه المشكلات في أكثر من مكان، فقد يشكو الوالدان من هؤلاء الأطفال الذين لا يطيعون الأوامر جيدا، أو يفهمون ما يفترض أن يقوموا به بعد تكرار التعليمات مرارا وتكرارا، مّما يثير قلق الوالدين ويجعلهم أحيانا يستشيرون الطبيب لعمل اختبارات فحص القدرة على الأبصار والاستماع حتى يتم التأكد من أنه لا يوجد سبب عضوي أو طبي لظهور هذه الأعراض أو المظاهر السلوكية الغريبة .

وقد يشكو المدرسون أيضاً من السوك المزعج والنشاط الحركي الزائد داخل الفصل الدراسي ، وهذا يجعلهم يستشيرون أحياناً الأخصائي النفسي أو المرشدين لحل هذه المشكلات السلوكية حتى لا تؤثر هذه المظاهر السلوكية في نمو الطفل الأكاديمي والتكيفي مع زملائه في المدرسة . ويتطلب ذلك اشتراك الوالدين مع المدرسين في علاج هذه المشكلات السلوكية حيث أنه من المعروف أن العلاج السلوكي يهدف إلى التحرر من أعراض السلوك اللاتواؤمي من خلال قمعه أو إبداله (لويس مليكه ١٩٩٧) .

ويمثل ذلك أحد الخطوات الرئيسية لهذا الاتجاه حيث يشتمل على طرق أو فنيات مختلفة لوضع برامج شاملة تهدف جميعها إلى تعديل السلوك وتنظيمه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور

الانتباه، وفيما يلي عرض لبعض البرامج السلوكية والدراسات الحديثة في خفض مظاهر النشاط الزائد/ قصور الانتباه لدى الأطفال حيث تنقسم إلى محورين :

أولا : عرض لبعض البرامج السلوكية والدراسات الحديثة لخفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال العاديين .

أثبتت دراسة ارهارت وبيكر (Baker, 1990&Erhardt,) فعالية برنامج تدريبي سلوكي للوالدين والأسرة مع الطفل ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه وتم فحص طفلان ذكور في سن ٥,٢ ـ ٥,٨ سنة في مرحلة ما قبل المدرسة أحدهما فلبيني والثاني من الجنس الأسود، وقاما الباحثان بتطبيق برنامج تدريبي في تنظيم السلوك للطفل لمدة (١٠) أسابيع على (٢) جلسة بواقع جلستين كل أسبوع، وتم حضور الوالدين للعديد من جلسات المتابعة مع الطفل وسجل الوالدان قياسات السلوك الموجودة في قائمة السلوك الملحقة بالبرنامج. وبعد تطبيق البرنامج وحضور الوالدين جميع الجلسات تم تقويم سلوك الأطفال ولوحظ تحسن في السلوك وحدث خفض لمظاهر اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه وهذا التحسن نشأ من تحسن مفاهيم الوالدين عن علاقتهما بالطفل الذي يعاني من النشاط الزائد / قصور الانتباه وذلك من حضورهم للبرنامج التدريبي في تنظيم السلوك حيث أصبح لديهم الفهم الكامل والقدرة على تنظيم سلوك طفلهما . وأظهرت النتائج فعالية هذا البرنامج التدريبي في تنظيم السلوك وخفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد.

وفي دراسة تمهيدية أجراها بانياجو وآخرون (Paniagua, et.al., 1990) عن تنظيم السلوك الفوضوي من خلال برنامج للتدريب على تصحيح الاستجابة Correspondence Training وذلك بهدف التعرف

على فعالية هذا البرنامج التدريبي في تنظيم السلوك الفوضوي المصاحب لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه لعينة من حالات كلينيكية لأطفال المدرسة الابتدائية من الذكور واستخدم الباحثون برنامجهم التدريبي لتنظيم السلوك الفوضوي من خلال تصحيح الاستجابات واستخدام اللعب ضمن أساليب التعزيز المختلفة للسلوك المرغوب فيه مع أساليب تعديل السلوك غير المرغوب فيه مثل (ضعف الانتباه – النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية – السلوك التخريبي) . وقام الباحثون بعمل جلسات متعددة بتصميمات مختلفة وأثناء تطبيق البرنامج تم تسجيل السلوكيات غير المرغوب فيها وملاحظة درجة تحسنها ودرجة انخفاض حدتها لدى هؤلاء الأطفال . وأثبتت النتائج أن هذا البرنامج " التدريب على تصحيح الاستجابات لتنظيم السلوك الفوضوي " له تأثير مباشر على السلوك الفوضوي، وجعله ينحو إلى السلوك الطبيعي، أما التأثير غير المباشر فتمثل في تحسين الأداء الأكاديمي للطفل .

وتهدف دراسة بورنستين وكيوفيلون (Quevillon &Bornstein 1990) إلى معرفة مدى تأثير برنامج لتعديل السلوك باستخدام أسلوب التدريب الذاتي في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه . وتكونت العينة من ثلاثة أطفال يعانون من مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه التي تتمثل في عدم اتباع التعليمات لفترة زمنية معقولة مع ظهور نوبات غضب عنيفة مع كثره الحركة ، وعدم القدرة على التركيز والانتباه والتسرع في الرد أو الاندفاعية : واستخدم الباحثان أساليب العلاج المتمركز على الطفل وأساليب النمذجه والتدريب الذاتي بهدف تعديل سلوك هؤلاء الأطفال في جلسات علاجية متعددة ولفترة محدده من الزمن وأثبتت النتائج فعالية برنامج تعديل سلوك الطفل ذوي اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD وحدث انخفاض في المظاهر السلوكية لهذا الاضطراب وجاءت

نتائج الطفل الأول والثاني مويدة لارتفاع مستوى الأداء للسلوك. اما الطفل الثالث فلم يتحسن سلوكه بنفس درجة الطفلين الأخرين ويرجع ذلك إلى اسباب اخرى غير معلومة

واستخدم وولترسدورف (Woltersdorf 1992) برنامج النمذجة الذاتية باستخدام شريط الفيديو بغرض علاجي لخفض المظاهر السلوكية اللاتكيفية مثل (سلوك تشتت الانتباه ــ السلوك التخريبي ــ الألفاظ البذيئة) لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD في المدرسة، واستخدم هذا البرنامج في رفع مستوى الأداء في مادة الرياضيات عند هؤلاء الأطفال ADHD . وتكونت عينة الدراسة من أربعة أطفال من الذكور يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه وسوء تكيف، وتراوحت أعمارهم ما بين ٩ ــ ١٠ سنوات وقام الباحث بتطبيق مقياس تقدير المعلم ومقياس الإنجاز لمعرفة مستوى الداء الأكاديمي في الرياضيات واستخدم برنامج النمذجه الذاتية عن طريق استخدام شرائط الفيديو وقام بعمل عدة جلسات مختلفة في العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال كما استخدم برنامج لتدريب الوالدين على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال بحضور الوالدين مع أطفالهم. وأظهرت النتائج ظهور تحسن وانخفاض واضح في المظاهر السلوكية اللاتكيفية لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه وظهر أيضا تحسنا في مستوى الأداء الأكاديمي في مادة الرياضيات .

وتهدف دراسة كاسير (Kaiser, 1992)إثبات مدى تأثير برنامج لتعديل السلوك داخل غرفة الصف على الوظائف الأكاديمية، واحترام الذات لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه . وتم تطبيق البرنامج على ستة أطفال تتراوح أعمارهم ما بين ٨ ــ ١٣ سنة

حصلوا على ٩٨% من الدرجات في مقياس كونر للمدرسين في معدلات السلوك غير المرغوب فيه مثل (سلوك التحدث بدون أذن ــ سلوكيات غير مألوفة ــ حركات كثيرة بدون هدف ــ سلوكيات عدم الطاعة) وتلقى هؤلاء الأطفال البرنامج العلاجي لتنظيم هذه السلوكيات غير المرغوب فيها لمدة (١٠) أسابيع بواقع (٥,٣٠)ساعة يوميا حيث احتوى البرنامج على ست عمليات للتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها والتي تميز اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه وهي :

١ ــ امكث في مقعدك ولا تتحرك . (سلوكيات تنفيذ الأوامر) .

٢ ــ لا تتكلم بدون أذن (سلوكيات الطاعة / عدم الطاعة) .

٣ ــ اكمل عملك (سلوكيات إتمام المهام) .

٤ ــ كن لطيفا مع الآخرين (سلوكيات الإزعاج والتوتر) .

٥ ــ حافظ على الآخرين (سلوكيات عدم المبالاة وعدم احترام الآخرين)

٦ ــ حافظ على ممتلكاتك الخاصة (سلوكيات التخريب) .

وبعد انتهاء ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج وتقويمه، أظهرت النتائج فعالية هذا البرنامج في التعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها وتعديلها إلى سلوكيات مرغوب فيها على قدر الإمكان . وممّا يؤكد تأثير البرنامج في تعديل هذه السلوكيات غير المرغوبة حصلت أطفال المجموعة التجريبية على درجات عالية في معدلات السلوك السوي ، وأصبح لديهم القدرة على خفض السلوكيات غير المرغوب فيها عن طريق التعليمات المعطاة في البرنامج، وحصلوا أيضاً على معدلات عالية في المتطلبات الأكاديمية واحترام الذات حيث أظهرت العينة تقدماً أكاديميا مع زيادة في احترام الذات.

واستخدمت دراسة كلف (Cluff, 1992) برنامج حركي باستخدام الألعاب البدنية بهدف التعرف على مدى فاعليه هذا البرنامج في تنظيم السلوك الانفعالي ومشاعر الغضب لدي الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD حيث اشتملت عينه الدراسة على (٣٠) طفلا يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور انتباه ولا يعانون من أمراض أخرى (عصبيه أو نفسية) ولا يستخدمون أي نوع من الأدوية المنشطة أو المهدئة . وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين ، مجموعة ضابطة مكونة من (١٥) طفلا وأخرى تجريبية مكونة من (١٥) طفلا تلقوا برنامج عمل من خلال الألعاب البدنية بهدف خفض المظاهر السلوكية للأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه وتحدد زمن البرنامج طبقا لنوعية السلوك غير المرغوب فيه بحيث لا تزيد مدته عن (١٢) أسبوعاً بواقع ساعتين أو جلستين كل أسبوع وزمن كل جلسة (٣٠) دقيقة مع مراعاة الآتي :

١ ــ أن يتناسب البرنامج مع قدرات الأطفال وميولهم .

٢ ــ أن يراعي التدرج .

٣ ــ أن تتنوع الأنشطة المقدمة المختلفة من خلال خمسة أبعاد هي :

أ ــ تنمية اتجاهات إيجابية نحو الأسرة .

ب ــ أنشطة تحقيق النمو السوي .

جـ ــ أنشطة لمساعدة الطفل على التنفيس عن طاقته .

د ــ أنشطة لمساعدة الطفل على ضبط الانفعالات .

هـ ــ أنشطة لتنمية شعور الطفل بالمسئولية واحترام حقوق الغير .

وأظهرت النتائج فعالية برنامج العمل من خلال الألعاب البدنية في خفض السلوكيات التي يعتقد أنها السبب في اضطراب النشاط الزائد مثل سلوك الاندفاعية ــ السلوك الانفعالي الزائد ــ النشاط الحركي الزائد . وتفسر الدراسة سبب انخفاض حدة المظاهر السلوكية لدى الطفل ذوي

النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD إلى شعور الطفل بالسعادة والمتعة أثناء اللعب من خلال الأنشطة المقدمة في البرنامج .

واستخدم جوش وكاتوبدهياي(Chattopadhyay 1993&Ghosh) برنامجاً لتعديل السلوك مكون من أربع فنيات علاجية بهدف تعديل السلوك الناتج عن اضطراب النشاط الزائد لدى عينه من الأطفال مكونة من (١٥) طفلاً يعانون من اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه في سن سبع سنوات وأنطبق عليهم شروط ، DSM لمظاهر اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ولم تتلقى العينة أي علاج دوائي وطبق على العينة برنامج لتعديل سلوك النشاط الزائد / قصور الانتباه ولتحسين الكفاءة التعليمية بتعديل السلوك الذي يركز على إتمام المهام ، والسلوك التعاوني والسلوك الاجتماعي واستخدمت الدراسة في برنامجها :

١ ــ أسلوب التعزيز الإيجابي .
٢ ــ بعض برامج التعلم .
٣ ــ مبادئ بريماك Premack's Principle
٤ ــ تكلفة الاستجابة Respose Costs

وتم تنفيذ البرنامج في مدة لا تزيد عن (١٢) أسبوعاً بواقع جلستين كل أسبوع وزمن كل جلسة (٣٠) دقيقة. وأظهرت النتائج تحسنا ملحوظاً في الأداء الأكاديمي وفي السلوكيات التي تميز النشاط الزائد / قصور الانتباه مثل (عدم الطاعة ــ عدم تكملة المهام ــ التعاون ــ السلوك الاجتماعي) وأدى هذا التحسن إلى خفض النشاط الزائد لدى الأطفال.

وقام مكينل (Mcneil, 1995) بتصميم برنامج يهدف لتنظيم وتعديل سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه داخل غرفه الصف مع تحسين الأداء الأكاديمي بدون مشاكل. وقام الباحث بتصميم

برنامج لعب بالخدع السلوكية يتكون من عدة بطاقات حجمها ٢ × ٣ قدم تستخدم في عمل خدع سلوكية Behavior Trek وقام بعمل فريقين من الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه وكل فريق يتكون من (٦) أطفال، بحيث يشترك الفريق الأول في اللعبة بينما يظل كل واحد من الفريق الثاني يلاحظ سلوك زميله في الفريق الأول في اللعبة . وأول خطوه في البرنامج هي استخدام الفريق الثاني تعبيرات الوجه في التعبير عن سلوكيات زميله في الفريق الأول في اللعبة بحيث يظهر الطفل في الفريق الثاني تعبيرات السعادة في حالة ملاحظة السلوك الصحيح لزميله في الفريق الأول والعكس ، يظهر تعبيرات الحزن في حالة السلوك الخاطئ ومن ثم يتبادل الفريقان مواقعهما في اللعبة فريق يؤدي السلوك والفريق الآخر يلاحظه ويكون ذلك في وقت محدد. والخطوة الثانية هي استخدام التعزيز في شكل لعبه أيضاً وهي تتكون من عدد كبير من البطاقات حيث يوجد ٥٠ بطاقة تعزيز واستخدم أسلوب تكلفه الاستجابة Response Cost للسلوكيات الصحيحة وتم تسجيل هذه اللعبة على شرائط فيديو ومسجل عليها طريقه عمل اللعبة والبرنامج السلوكي للأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه . حيث أثبتت النتائج بعد تكرار هذه اللعبة تحسنا في السلوك مع تعديله وتنظيمه عند هؤلاء الأطفال .

وأجرى فؤاد حامد الموافي (١٩٩٥) دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام أسلوبي التعاقد التبادلي Contingency وأسلوب التدريس الملطف Gentle Teaching على عينة مكونة من (٦٦) طفلاً في مرحلة ما قبل المدرسة في مدينة المنصورة وتم تصنيف العينة إلى ثلاث مجموعات، مجموعتان تجريبيتان ومجموعة ضابطة لم تتلقى أي علاج وكل مجموعة بها (٢٢) طفل واستخدمت الدراسة قائمة تقدير للنشاط الزائد، تقرير المعلمات عن الأطفال ـ ملاحظة الباحث للطفل . وتلقت

المجموعة التجريبية الأولى علاجا بأسلوب التعاقد التبادلي وهو أحد أساليب العلاج السلوكي وهو يقوم على مبدأ تقديم المكافآت مقابل السلوك المرغوب فيه الذي يسلكه الطفل " تدعيم إيجابي وإذا أدى الطفل سلوكا لم يرض عنه المعلم ولم يطلبه يعاقب بسحب جزء من التدعيم الإيجابي ويسمى (تدعيم سلبي) ويشمل التدعيم الإيجابي على الآتي :

بطاقات تحمل اسم الطفل، أو نجوم ذات ألوان أو أشياء عينه مثل أقلام ــ لعب ...) أو امتيازات إضافية مثل رحلة ــ لعب على الأرجوحة. وتلقت المجموعة التجريبية الثانية علاجاً بأسلوب التدريس الملطف، وهو اتجاه جديد في علاج العديد من المشكلات السلوكية لدى الأطفال المضطربين وذوي النشاط الزائد باعتباره من الوسائل العلاجية الجديدة للإقلال من سلوكيات سوء التوافق وخفض السلوك المشكل دون استخدام عقاب، ونجح ذلك فى علاج العديد من الاضطرابات السلوكية، ويهدف هذا الأسلوب إلى تكوين رابطة وجدانية قائمة على مسانده الطفل ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه من خلال تقوية علاقة الدفء والتقبل والتبادل وتبني قيما لا تسلطية، مع التأكيد على مساندة الطفل وعدم تعرضه للأخطار، وقيم الصداقة والاعتماد على التفاهم المتبادل مع الطفل، وعدم التركيز على الخضوع والطاعة العمياء، من أساليب التنشئة والعلاج في ضوء هذا الاتجاه يقوم على تكوين صلات وجدانية قويه بالطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتباه مع التركيز على التبادل والأخذ والعطاء مع القائمين على تربيته خلال خفض مظاهر السلوك المميز للنشاط الزائد / قصور الانتباه، وأثبتت النتائج فعالية أسلوب التعاقد التبادلي والتدريس الملطف في خفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة حيث ساعد هذين الأسلوبين بما يوفراه من معززات إيجابية وسلبية للطفل ذو النشاط الزائد / قصور الانتباه على ضبط الذات وتنظيم المظاهر السلوكية للنشاط الزائد كما يوفر التدريس

الملطف مناخا امنا وحب وتقبل وتسامح ودفء من المعلمين وهو ما يمكن أن يساعد في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه. ويعتبر هذا النموذج نموذج نمو وليس نموذج عجز، حيث يعمل على تقوية التدعيم الاجتماعي والانفعالي وتوجيهه إلى الأفضل بأسلوب تربوي .

دراسة ألنزو (Alonso, 1997) صمم فيها برنامجاً واضحاً يسمى برنامج الخطوة الأولى First Step Program للتعرف على الطفل ذو النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD قبل سن ثلاث سنوات وتشخيصيه مبكرا قبل أن يستمر معه هذا الاضطراب في النمو ويسبب له إعاقات كثيرة. وصمم أيضاً برنامج لتدريب الوالدين الذين لديهم أطفال صغار يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD ويحتوي البرنامج على مجموعة من الخطوات :

١ ــ تطبيق استبيان تقدير الوالدين لسلوك النشاط الزائد، وهذا يوضح ما إذا كان الطفل تظهر عليه أعراض ADHD أم لا ، ويشتمل هذا المقياس على الخلفية الأسرية ــ التاريخ الطبي للأسرة والطفل .

٢ ــ وضع معايير للسن والمظاهر السلوكية المصاحبة لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD والتي تظهر من سن ٦ شهور إلى ٣ سنوات والتي تكون قريبه من مشاكل سلوكية أخرى .

٣ ــ ويساعد برنامج (الخطوة الأولى) الطفل ذا النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD بتداخلاته المختلفة التّي يستخدمها الوالدين منها :

- التدخل التربوي وحضور الوالدين الفصل مع الطفل في الحضانة وتدريبهم على كيفية التعامل مع هذا الطفل .
- التدخل العلاجي السلوكي وكيفية استخدام أنواع مختلفة من التعزيز للسلوكيات الجيدة والمقبولة .

• التدخل الاجتماعي وفيه تنمية مهارات الوالدين الاجتماعية وكيفية التحكم في الانفعالات ومفاهيم البيئة الاجتماعية في حياة الطفل وأثبتت نتائج تطبيق هذا البرنامج في خفض الضغوط الأسرية وزيادة مهـارات الوالدين من أجل أن يعيش الطفل ADHD في بيئة يسلك فيها السلوك المناسب، وثبت أيضاً أن هذا البرنامج يساعد علـى خفـض مظـاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD .

وفـي دراسـة تقيميـه قـام بهـا لاث ولنـدركامب (Lauth& Linderkamp 1998) لبرامج تنظيم السلوك لعلاج الأطفال ذوي النشـاط الزائد / قصور الانتباه بهدف معرفة درجه ترابطها ببعضها . علـى عينـه مكونه من (١٨) طفلاً في سن المدرسة ويعانون مـن اضـطراب النشـاط الزائد / قصور الانتباه ولا يعانون من أمراض عصبيه أو نفسيه ولا يتلقون أي دواء علاجي من الأدوية المنبهة أو المنشطة وطبق على العينة برامج تنظيم السلوك بهدف تنظيم السلوك الفوضوي وسلوك الطاعة والنظام مـن خلال الأنشطة المقدمة في هذه البرامج ولمدة ثلاثة فصول دراسية. وتشتمل هذه البرامج على تدريب الطفل على عمليـات تنظـيم السـلوك المختلفـة وتدريب الوالدين والمشتركين في البرامج من خـلال ورش عمـل علـى عمليات الشرح ـ النمذجة لعب الأدوار مع التغذية الراجعـة ـ ومهـارات تنظيم السلوك. ثم قام الباحثان بتطبيق استبيان يجمع فيه معلومات عن هذه البرامج وممارساته العملية . وأظهرت النتائج امتثـال الأطفـال للطاعـة والنظام في المواقف والأنشطة المقدمة في هذه البرامج، وهذا يـدل علـى درجة اتفاقها في تنظيم سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه، وأعتبرها المعالجان كوثيقة تدل على درجة عالية من الرضا وتأكيد الذات .

وتهدف دراسة عفاف حداد وباسم دحاحه (١٩٩٨) إلى استكشاف فاعليه برنامج في التدريب على أسلوب حل المشكلات واستخدام أسـلوب الاسـترخاء العضلي في ضبط التوتر النفسي لحوالي (٣٠) طفلاً في سن ١١ ـ ١٢ سـنة في الصفين السابع والثامن، ويعانون من التوتر النفسي على أنه عـرض مـن أعراض النشاط الزائد لدى الأطفال. وتم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات :

١) المجموعة التجريبية الأولى تلقت تدريباً على أسلوب حل المشـكلات من خلال البرنامج .

٢) المجموعة الثانية تلقى أفرادها تدريباً على أسلوب الاسترخاء العضلي

٣) والمجموعة الثالثة ضابطة لم تتلق أي تدريب .

واستخدمت الدراسـة برنامجاً إرشـادياً جمعي باستخدام أسلوب حل المشكلات Scientific Problem Solving والأسلوب الآخر هو أسـلوب الاسـترخاء العضـلي Muscle Relaxation ويهـدف البرنـامج الأول باستخدام أسلوب حل المشكلات إلى تخفيض حده التـوتر النفسـي لـدى الأطفال من خلال (١٠) جلسات بواقع (٤٥) دقيقة لكل جلسة لمده خمسـة أسابيع واشتملت الجلسات الأولى (١ ـ ٣) علـى التعريـف بالبرنـامج وأهدافه ومحتواه .واشـتملت الجلسـات مـن (٤ ـ ٩) علـى التعريـف بالخطوات العلمية لأسلوب حل المشكلات والتطبيقات العملية المرافقة بها . وفي الجلسة العاشرة تم تقييم مدى اكتساب الأعضاء لمهارة أسـلوب حـل المشكلات وانتهاء الجلسات .

ويهدف البرنامج الثاني باستخدام أسلوب الاسـترخاء العضـلي إلـى تخفيض التوتر النفسي عن طريق بعض التدريبات الحركية على الاسترخاء مسجله على شرائط كاسيت ووزعت على الأطفال. ويساعد هذا الأسـلوب أيضا على تركيز الانتباه وذلك من خلال (١٠) جلسات بواقع (٤٥) دقيقة

لكل جلسة قبل البرنامج السابق ولمده خمسة أسابيع. وأظهرت النتائج فروقا دالة إحصائيا بين المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة وكانت لصالح المجموعتين التجريبيتين، حيث انخفض مستوى التوتر النفسي لدى الأطفال، مما يدل على اكتسابهم لمهارات حل المشكلات وشعورهم بالسعادة أثناء استخدام أسلوب الاسترخاء العضلي .

وعرض دانفورث (Danforth, 1998) برنامجه لتنظيم السلوكيات المعكوسة Oppositional behavior للأطفال ذوى النشاط الزائد قصور الانتباه عن طريق البطاقات التتبعية لتنظيم السلوك Behavior Mangment Folow Chart واشترك في هذا البرنامج ثلاث مجموعات:

ـ المجموعة الأولى من المتخصصين والمهنيين والمشرفين التربويين والأخصائيين النفسيين والمرشدين، والأخصائيين الاجتماعين والطبيب المعالج ، الوالدين والمعلمين .

ـ والمجموعة الثانية من المدرسين الذين يعملون مع الطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتباه والسلوك المشكل .

ـ والمجموعة الثالثة من أساتذة الجامعات المهتمين بتنظيم السلوك.

ويهدف البرنامج إلى :

ـ تنظيم السلوك الفوضوي بواسطة بطاقات تتبعيه لدى الأطفال ذوى النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD .

ـ تعليم كل المشتركين كيفية تقديم التعليمات التي تعمل على زيادة قدره الطفل على الطاعة .

ـ توضيح متى وكيف نتعامل مع الطفل في المناقشات أو الحوار .

ـ التدريب على استخدام التأنيب اللفظي الذي يساعد على خفض احتمالية السلوك السى

ـ التدريب على استخدام التحذيرات عندما لا يطيع الطفل التعليمات

ـ التدريب على كيفية تنظيم وقت الراحة للطفل ومعرفة قدرته ، وكيف يبدأ، وما هي الأنشطة المناسبة للطفل في هذا الوقت ، وكيف تنهيه بطريقة تجعل الطفل يسلك سلوكا حسنا بعد الراحة مباشرة .

ـ التدريب على كيفية استخدام الإرشادات اللفظية مع الطفل ADHD

ـ التدريب على كيفية ردع السلوكيات المكررة غير الطبيعية ورفضها

ـ توضيح متى وكيف تتحرك أثناء وتنظيم السلوك إلى الخطرة التي يليها مع التدخل في وقت الاستجابة .

ـ تنمية القدرة على معرفة خصائص سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه ADHD وكيف يمكن تشكيله حتى لا يتم انحرافه عن المعدل .

ـ تعلم كيفية استخدام أداة التدريس المصغر للأطفال ADHD للتعرف على دور الوالدين في الإشراف والمتابعة .

واستخدم في هذا البرنامج تكنيك لتدريب الوالدين الذين لديهم أطفال ذوي النشاط.الزائد / قصور الانتباه ADHD مع اضطراب في السلوك وذلك من خلال ورش عمل تجريبية للمشاركين في البرنامج تشمل : الشرح ـ النمذجة ـ لعب الأدوار مع التغذية الراجعة، وتدريس مهارات تنظيم السلوك في سلسلة متتالية، وفي نفس الوقت تستخدم البطاقات المتتابعة في تناسق مع كيفية استخدامها مع الطفل، وأول استجابة تصدر من الكبار عندما يريدون تعليم الطفل كيف يطيع الأوامر تعتبر هي أول مهارة تُعَلَّمْ . ثم يتحرك بانتظام تجاه الخطوات التي تليها باتباع الكروت أو البطاقات الخاصة بالبرنامج. ويوصي الباحث بأن هذا البرنامج يعتبر اتجاه نحو التكامل . ويجب أن تتوفر البرامج الشاملة والمتخصصة والتي تركز على طرق التعامل مع السلوكيات التي تعتبر مشكلة عند الطفل .

ووضع مركز النشاط الزائد بإنجلترا (ADD Center 1999) برنامجـا سلوكيا في التركيــز علــى المهــام. On-Task Get with the Behavior Program ويهدف هذا البرنامج إلى :

١ ـ مساعده التلاميذ ذوي النشاط الزائد / قصور الانتبـاه ADHD في الفصل أو المنزل على تنظيم سلوكهم لكي يكون مقبولا .

٢ ـ وضع خطه للعمل على تدعيم السلوك الإيجابي .

٣ ـ تعليم الطفل المهارات التي تساعده لكي يكون مقبولا .

وأي خطه تعد للتعامل مع الأطفال ذوي النشاط الزائد يجب أن تكون قصيرة ومحدده الهدف وأن يكون بها قوائم للأهداف الســلوكية ويفضــل العمل على اثنين أو ثلاثة فقط من السلوكيات المتوقعة مــن الأطفــال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD مثل :

١ ـ وضع المهمة On Task إذا استطعت أن تبقى الطفل فــي عمــل أو مهمة فإنك قد تكون حققت جزءاً كبيراً من السلوك المرغــوب فيــه . وإذا كان العمل به صفة التحدي فيبقى الطفل في مقعده ويقوم بعمله ولا يــزعج الفصل .

٢ ـ التنفيذ من أول مرة Compliance with Firest Request أي إذا طلب من الطفل أن يحضر شيئا ما فالهدف من ذلك هو أن يأتي بالشيء من أول مرة .

٣ ـ أسلوب التحدث المناســب Appropriate Talk only لكــي يوقــف المعلم أسلوب تحدث الطفل غير المناسب فيوصي باستخدام أساليب التعزيز عند استجابة الطفل للتحدث المناسب. وفي نهاية اليوم الدراسي تقيم خطة الطفل ويتم التأكد إذا كان حقق الأهداف المطلوبة أم لا .

وتشمل الخطة على إرشادات في الجانب العملي هي :

١ ــ عندما تامر الطفل يجب أن يكون الأمر محددا ومباشرا وغير مسيطر عليه بشكل يعيقه

٢ ــ قل أولا " انتبه " ثم قم بتسمية السلوك الذي تود رؤيته مثل [أريدك أن ... ، أريد الاستماع .... ،] وكثير من الأطفال ذوي النشاط الزائد لديهم صعوبة في نمذجه السلوك ومن هنا يجب على المعلم أن يدع تلميذ آخر يشرح ذلك أمام الطفل .

٣ ــ كن حريصا في مفرداته وكلماتك ولا تنهي السؤال بقولك " موافق " ؟ فعندما ينتهي الطفل من العمل قل له مثلا " هذا عمل جيد " " لقد شاهدت ما أريده بالضبط "

٤ ــ تجاهل السلوكيات التي لا تريدها .

٥ ــ تحدث ثم أدر وجهك Speek and Spin وهذه تقنية تجمع بين عملية تسميه السلوك غير المرغوب فيه لكسر التواصل العيني والابتعاد عن الطفل مبينا أن المحادثة انتهت .

وغالبا الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD سوف يتأثرون بفاعلية بواحدة أو أكثر من الخطوات التالية :

ابدأ المهمة ــ استمر في المهمة ــ أكمل المهمة ــ تنقل من مهمة إلى أخرى ــ تفاعل مع الآخرين ــ تتبع التعليمات ــ اعمل بدقة وفي المستوى العادي ــ رتب المهام ذات الخطوات المتعددة .

ووضعت (علا عبد الباقي ١٩٩٩) نموذج لبرنامج تعديل السلوك لخفض النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام بعض أساليب العلاج السلوكي. ويهدف هذا البرنامج إلى الحد من المظاهر السلوكية للنشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام أساليب العلاج السلوكي مثل أسلوب " التعزيز " وأسلوب " التعلم بالنموذج " ويمكن تطبيق البرنامج من قبل المعلم أو الأخصائي الاجتماعي أو الأخصائي النفسي كما يمكن تطبيقه من قبل أحد الوالدين أو أحد الأخوة

الكبار ويمكن إجراؤه بطريقه فرديه أو بصوره جماعية ولنجاح العلاج لابد من الالتزام بعدد الجلسات الواردة في البرنامج وبتعليمات البرنامج أثناء تنفيذه . والبرنامج يتضمن عدد (٢٤) جلسة تم توزيع الموضوعات المختارة من مادتي الحساب والعربي على هذه الجلسات بواقع (١٢) جلسة في مادة الحساب ، (١٢) جلسة في مادة العربي. وتتم جلسات البرنامج بالتبادل على المادتين المذكورتين بحيث تشتمل الجلسة الواحدة على مادة واحدة . وفي الجلسة التي تليها تكون في المادة الأخرى وهكذا .

ويمكن تنفيذ البرنامج وفقا لثلاث طرق إجرائية كما يلي :

الطريقة الأولى : باستخدام أسلوب " التعزيز " فقط .

الطريقة الثانية : باستخدام " التعلم بالنموذج " مع الحث .

الطريقة الثالثة : باستخدام كل من " التعلم بالنموذج و " التعزيز " معاً

وبعد انتهاء الجلسات الأساسية الأربع والعشرين يقوم شخص آخر بتكرار تنفيذ (١٠) جلسات إضافية وهذا الشخص يمكن أن يكون أحد الأشخاص السابق ذكرهم وتجرى الجلسات بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا وعدم إجراء أكثر من جلسة واحدة في اليوم ومدة الجلسة في الطريقة الأولى عشرون دقيقة، وفي الطريقة الثانية : عشرون دقيقة وفي الطريقة الثالثة: خمس وعشرون دقيقة . وبعد تطبيق البرنامج سوف يخفض النشاط الزائد لدى الأطفال ويتم تخليص الطفل من الحركات المفرطة غير المقبولة ، عوده الطفل إلى الهدوء واندماج الوالدين في الحياة العامة ، عوده الهدوء لحجره الدراسة واندماج الطفل في الأنشطة مع زملائه ويتحقق التكيف ، تنخفض المشكلات الدراسية والاجتماعية والنفسية المرتبطة بالنشاط الزائد وتنخفض المشكلات الصحية الناجمة عن النشاط الزائد ويعود الطفل إلى حالته الطبيعية .

ثانيا عرض لبعض البرامج السلوكية والدراسات لخفض النشاط الزائد قصور الانتباه لدى الأطفال غير العاديين .

استخدم كوبكين (Koppekin 1994) برنامجا للضبط الذاتي Self-Statement كأحد أشكال إعادة التنظيم المعرفي، ويهدف إلى خفض السلوك الاندفاعي لاستجابات الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه وتدريب الطفل على تعديل أنماط التحدث للذات والذي يؤدي بدوره إلى تعديل السلوك . ويطبق هذا البرنامج فرديا على عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً في سن (١٢) سنة ونسبة ذكائهم ٦٠ ــ ٧٥ ويعانون من اضطراب النشاط الزائد قصور الانتباه وتختلف جلسات البرنامج باختلاف الباحثين والمعالجين كما يتوقف على نوعية السلوك المضطرب أي لا يوجد عدد محدد لجلسات البرنامج . واستخدم هذا البرنامج التعليمات الذاتية للذات في كيفية التمييز بين المثيرات . ويمكن تنفيذ البرنامج على ثلاث مراحل هي:

١ ــ المرحلة الأولى : قامت على استخدام المثيرات في التميز حيث قام الكيلنيكي بإعطاء تعليمات لأطفال العينة بالتمييز بين ثلاثة أصناف متنوعة من الأطعمة تتشابه كثيرا مع بعضها وتختلف من حيث صلاحيتها للأكل ويقوم كل طفل بالتميز بين الأطعمة الصالحة وغير الصالحة للأكل .

٢ ــ المرحلة الثانية : وفيها يتحدث الطفل لذاته بصورة معلنة أثناء التمييز بين الأطعمة الصالحة وغير الصالحة للأكل .

ويمكن استخدام وسائل " التعزيز " وفقاً للفترة الزمنية التي يستغرقها الطفل في الوصول إلى الاستجابة الصحيحة .

٣ ــ المرحلة الثالثة : اعتمدت على تحدث الطفل لنفسه بطريقه غير معلنة، وفيها يتم التمييز بين الأطعمة وفقاً لكمية الطعام .

وأثبتت النتائج تحسن هؤلاء الأطفال في قدرتهم على التمييز بين نوعين من المثيرات وفقاً لصلاحيتها وكميتها بالإضافة إلى خفض السلوك الاندفاعي في التمييز لدى هؤلاء الأطفال باستخدام برنامج الضبط الذاتي المعتمد على التعليمات الذاتية . وأخيراً ثبت فعالية برنامج الضبط الذاتي في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا ، حيث أن العلاج السلوكي المعرفي لتعليم الأطفال هو عملية دمج الإجراءات السلوكية والمعرفية .

وتأكيداً لفعالية برنامج التدريب على ضبط الذات في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا، أجرى سعيد بن عبد الله والسيد إبراهيم السمادوني(١٩٩٨) برنامج التدريب على الضبط الذاتي Self- Instruction على عينة من الأطفال المتخلفين والقابلين للتعلم وممن يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه في مدينة الرياض، حيث كان عدد الأطفال (١٠) أطفال بمتوسط عمر قدره (١٣,١) سنة واختيرت العينة من غير المصابين بأي أمراض عصبية أو اضطرابات نفسية ولا يكون تحت تأثير أي عقاقير طبيه وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين ٦٠ ـــ ٧٠ باستخدام وكسلر لذكاء الأطفال . وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين ضابطة عددها (٥) أطفال وتجريبية عددها(٥) أطفال واستخدم الباحثان قائمة كونر لتقدير سلوك الطفل وقائمة تقدير سلوك الطفل طبقاً لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي. واستخدم برنامج التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه

ويهدف البرنامج المستخدم في الدراسة إلى مساعدة الأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة والذين لديهم اضطراب النشاط الحركي الزائد / وقصور الانتباه على كيفية ضبط الذات عن طريق تقديم التعليمات

للذات. ويعتبر هذا الأسلوب أفضل الأساليب التي تجعل الضبط نابعاً من الداخل وليس من الخارج. ويختلف عدد جلسات البرنامج باختلاف الباحثين والمعالجين كما يتوقف على نوعية السلوك المضطرب وتألف البرنامج في هذه الدراسة من (١٨) جلسة يتراوح ما بين ٣٠ ــ ٤٠ دقيقة بالإضافة إلى الجلسة التمهيدية التي تم فيها لقاء الباحثان بالعينة التجريبية واستخدما في البرنامج بعض الاستراتيجيات مثل : التعلم بالأنموذج ــ لعب الأدوار وتقييم الذات ، بعد دمجها.

واستخدم في هذا البرنامج اللعب التي يفضلها الطفل للبدء بها في تعليم الطفل التحدث للذات. والأنشطة التي تتطلب استراتيجيات معرفية متعاقبة بدرجة عالية . وأسلوب رفاق الطفل وكيف يقومون بالأداء المطلوب أمام الطفل ليقوم بتقليد نفس الأداء بعد ذلك. التحرك خلال جلسات البرنامج وفقا لحالة الطفل وتعليمه مجموعة متنوعة من العبارات المقدمة للذات والتي تشتمل على عدد متنوع من عبارات حل المشكلة ومعايشتها وتعزيز الذات. إضافة إلى تدريب الطفل على العبارات المقدمة للذات وتدريبه على ابتكار عبارات ترتبط بالمطلوب وعدم موافقته على العبارات التي يتلفظ بها من غير تفكير أو بصورة آلية. مع وجود المعالج النشيط الذي يستجيب إيجابيا وبسرعة للطفل، تعليم الطفل استخدام أسلوب التعليمات الذاتية حتى مع الاستجابات الضعيفة ذات الشدة المنخفضة والتي تتعارض مع الاستجابات اللاتكيفية التي تظهر في السلوك. وممارسة التدريب على التخيل خلال جلسات البرنامج . وأخيراً تم استخدام التغذية الرجعية اللفظية المشروطة

وأظهرت النتائج فعالية برنامج الضبط الذاتي الذي يقوم بتدريب الأطفال المتخلفين عقليا والقابلين للتعلم على كيفية تقديم التعليمات اللفظية للذات في خفض الحركات المفرطة التي كان يحدثها أطفال المجموعة التجريبية قبل تنفيذ

البرنامج ،كما انخفض متوسط تقديرات المعلمين للنشاط الزائد وعدم القدرة على الانتباه على قائمة كونر وحدث انخفاض أيضا في السلوك الاندفاعي .

وصمم زنتال (Zentall, 2000) برنامجاً للتعلم الفردي .(IEP) Individualized Education Program ويهدف هذا البرنامج إلى تحسين قدرات الطفل المعاق ذي الاحتياجات التعليمية الخاصة والذي يعاني من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه وأيضاً للطفل العادي الذي يعاني من النشاط الزائد / قصور الانتباه وبعد تشخيص هؤلاء الأطفال والتعرف عليهم يُقدم البرنامج بانتظام لتعديل سلوك معظم هؤلاء الأطفال ويمكن أن يطبق البرنامج بصوره فرديه أو جماعية

ويتضمن البرنامج المناهج التعليمية والتربوية للأطفال العاديين في المدارس الابتدائية ويشتمل البرنامج على دليل إرشادي للتداخلات التربوية بواسطة المعلم لتحسين الأداء الأكاديمي والاجتماعي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة ، والأطفال العاديين الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه. وفيما يلي أهم هذه الإرشادات :

– إرشادات عامة لبرنامج للتعلم الفردي لخفض النشاط الزائد قصور الانتباه ADHD

أولا – أن يوضع الأطفال مع المدرسين الذين لديهم القدرة على استخدام أسلوب حل المشكلات والذين يجيدون استخدام الثواب والعقاب .

ثانيا – أن يوضع الطفل في بيئة مشابهة لبيئته الطبيعية مثل

– تمثيل الأدوار

– وضع جدول يومي للواجبات .

ـ تنبيهات بالتغيرات التي تحدث بالجدول .

ـ تخصيص وقت مناسب لكل مهمة .

ـ توفير مكان هادئ للعمل لإنجاز المهام .

ـ وضع خطط لمحتويات البرنامج الأكاديمية .

ـ تصنيف الأطفال في مجموعات متشابهة .

ـ جعل العمل الأكاديمي في الفترة الصباحية .

ثالثا ـ تعديل المنهج ويشتمل على الآتي :

ـ خلط الأنشطة الهامة بأخرى ذات الاهتمام الأقل .

ـ تقديم كل الإجراءات الخاصة بتعليم الكمبيوتر .

ـ تقديم وسائل إيضاح جيده .

ـ تعليم أسلوب التنظيم ومهارات الدراسة .

ـ استخدام استراتيجيات التعلم مثل الربط والتحليل .

ـ استخدام المراجع البصرية من أجل التعليمات السمعية .

ـ إرشادات إضافية لبرنامج التعلم الفردي لخفض النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD

ـ النشاط الحركي لتفريغ الطاقة الحركية الزائدة مثل تحريك الأطفال في غرفه الصف كالسماح لهم بالوقوف ثم الجلوس الحر .

ـ استخدام الأنشطة كنوع من المكافأة مثل ريادة الفصل أو كتابه الأسماء على السبورة ... الخ .

ـ استخدام الاستجابات النشطة في التعليمات مثل (الكلام ـ الحركة ـ التنظيم) .

ـ إرشادات عامة للطفل ADHD غير القادر على الانتظار :

ـ يستخدم الاستجابات اللفظية أو الحركية مثل (الاستمرار في عمل المهام وفي نفس الوقت ينتظر مساعدة المدرس له) .

ـ التخطيط لأي عمل عندما يكون الطفل منتظراً شيئا ما مثلا (يسمح للطفل باللعب أثناء انتظاره لشيء ما ، أو يكتب بعض المعلومات الهامة ...) .

ـ عندما تصبح القدرة على الانتظار غير محتمله، شجع الطفل على القيادة ولا تفترض أن سلوك الاندفاعية أو السلوك العدواني مقصود واقتراح بديلات أخرى للسلوك (مثال القراءة بالدور أي كل فرد يقرأ تلو الآخر) وهذا يساعد على إنجاز المهام .

ـ إرشادات عند فشل الطفل ADHE على الاستمرار في الانتباه لإنجاز المهام والأنشطة : ـ بسط المهام ولا تجعلها طويلة أو داخل فترات الراحة بين أجزاء المهام أو أوقات مختلفة أو هجاء بعض الكلمات أو حل بعض المسائل الرياضية .

ـ اجعل المهام محببة للطفل مثل (تقسيم الأطفال إلى مجموعات صغيرة، وقدم الأنشطة المختلفة، واستخدم بعض الألعاب الحركية أثناء المهام) .

ـ إرشادات الأطفال ADHD الذين لديهم عدم طاعة ويفشلون في إتمام المهام :

ـ تزويد الاختيارات لبعض المهام الممتعة للطفل ويسمح المعلم لهؤلاء الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD باختيار محدد للمهام أو الموضوعات أو الأنشطة وعلى المدرس تحديد الأنشطة التي يحبها الطفل ويستخدمها كحافز له .

ـ التأكد من مناسبة المهام مع قدرات الطفل التعليمية ومن المحتمل إتمام هذه المهام عندما يسمح لهم بالاستجابة بطرق متنوعة مثل (استخدام الكمبيوتر ـ شرائط الفيديو) وعندما يكون هناك صعوبة في أداء الواجبات المنزلية اجعل هذه المهام متدرجة من السهولة إلى الصعوبة وتأكد أن عدم التنظيم ليس سبباً لعدم إتمام المهام .

ـ إرشادات للأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD والذين لديهم صعوبة في بداية المهام مثل :

ـ شجع استخدام مفكرة الملاحظات .

ـ أعط توجيهات للكتابة وللتدريبات الشفوية .

ـ ضع معياراً للعمل المقبول .

ـ إرشادات لاستكمال الواجبات .

ـ أعط الطفل مزيداً من المهام المنظمة التي يستخدم فيها الكمبيوتر أو مفكرة الملاحظات ـ اكتب الواجبات على السبورة وتأكد من أن كل طفل كتبها .

ـ حدد أماكن في الفصل للكتب والملابس والواجبات في جانب من الفصل واجعل الواجبات الحديثة أو الجديدة في جانب آخر في الفصل ويمكن عمل مثل ذلك في المنزل .

– علم هؤلاء الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD أنه عندما يتحرك من مكان إلى آخر أن يسأل الطفل نفسه هل أخذت كل شئ تريده معك وهذا مثال لعلاج النسيان

– إرشادات لتحسين احترام الذات للأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD

إن معظم الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD والذين لم يشخصوا ولم يعالجوا يعانون من ضعف في احترام الذات ومعظمهم يظهر عليهم علامات متوسطة أو خفيفة تدل على الإحباط. وهذا الشعور ينبثق من إحساس هؤلاء الأطفال بالفشل الشخصي ويُمثل العالم بالنسبة لهم أنه مكان غريب غير محبب لهم. غير أن التغذية الراجعة في صوره العقاب أو اللوم تبدوا وكأنها ثابتة في حياه هؤلاء.

وبعد تطبيق هذا البرنامج لوحظ تقدم كبير في القدرات التعليمية وانخفاض ملحوظ في مظاهر النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة وذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه وأيضا لدى الأطفال العاديين والذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه. ويوصي واضع البرنامج خبراء التربية بتنظيم برامج خاصة بتحسين احترام الذات واستخدام فنيات تنظيم السلوك واستراتيجيات التداخلات التربوية وذلك لتشجيع الأطفال (العاديين – غير العاديين) الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه وتحسين احترام الذات لديهم حتى يشعروا أنهم أكفاء ولهم قيمة في المجتمع، وهذا يؤدي إلى نجاحهم في الحياة .

وتهدف دراسة سعيد عبد العزيز محمود (٢٠٠١) إلى الكشف عن تـأثير برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج التركيز على المهام في خفض مظـاهر النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الحاجات الخاصة " فئة الإعاقة العقلية المتوسطة " وتكونت عينه الدراسة من (٢٢٥) حالة ثم إخضـاعها للتجريـب باسـتخدام نموذج التركيز على المهام وقد اختبرت هذه العينة بطريقة عشوائية منتظمة من (٥٣) حالة تعاني من مظاهر النشاط الزائد بمنطقة القصيم بالسعودية .

ـ واستخدم الباحث في دراسته استمارة ملاحظة سلوك النشـاط الزائـد المكونة من أربعة بنود للسلوكيات التي تدل على النشاط الزائد وهي :

١ ـ عدم الجلوس بهدوء داخل الفصل .

٢ ـ سلوكيات نمطية .

٣ ـ قصور في الوجبات المدرسية .

٤ ـ سلوكيات عدوانية .

وقام مدرس الفصل بتسجيل معدلات تكرارات عند الطفل يومياً ولمدة ثلاثة أسابيع . واستخدم مقياساً للنشاط الزائد ، والقياسات القبليـة والبعديـة لعينـة الدراسة، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة بين القياسـيين القبلـي والبعـدي وتطلب ذلك تطبيق برنامج التدخل المهني بهدف خفض معدلات سلوك النشـاط الزائد لدى أطفال العينة . وبرنامج التدخل المهني باستخدام نموذج التركيز على المهام Task Centered Model وهو أحد أشكال العلاج قصير المدى للتفاعل مع الأطفال من خلال تعليمهم بعض المهارات الاجتماعية في إطار مجموعة من المهام المحددة خلال فترة زمنية متوسطها (٣) شهور يمارس فيها الأخصـائي أدواره مع الطفل مسترشدا في ذلك بالأسس النظرية لهذا النموذج ومعتمدا على تنفيذ سلسلة من المهام الإجرائية في وقت محدد .

- ويتضمن تنفيذ البرنامج العلاجي عدة مراحل هي :

أولا - مرحلة تحديد المشكلة وفيها

يقوم الباحث باكتشاف المشكلة وتحديد اسبابها .

ثانيا - مرحلة تحديد الأهداف

حيث يحدد الأخصائي الأهداف التي يرغب في الوصول إليها مع كل تلميذ من نتائج المقاييس المطبقة في هذه الدراسة .

ثالثا - مرحلة التخطيط للمهام

حيث يقوم الأخصائي بتحديد الأفعال والإجراءات والأنشطة التي سوف يمارسها الطفل لخفض النشاط الزائد حيث يستخدم الباحث فيها مجموعة من الفنيات العلاجية منها :

١ - تكنيك الاستكشاف Exploration

- وفيه يتم الحصول على البيانات المتعلقة بالمشكلة وتوضيحها والمهام التي تساعد في حلها وكيفيه تنفيذها والصعوبات المتوقعة .

٢ - تكنيك البناء Structuring

ويحاول فيه الأخصائي الاجتماعي تكوين قنوات اتصال ناجحة مع الطفل ووضع تفسيرات تتفق مع هدف وطبيعة العلاج .

٣ - تكنيك التشجيع Encouragement

وفيه استخدام عبارات التأييد والاستحسان لمشاعر الطفل أو سلوكه عند تنفيذ المهمة .

٤ - تكنيك التوجيه Direction

وفيه محاولة توجيه الطفل لاتخاذ القرار الذي يرتبط بأداء المهمة .

٥ - تكنيك الفهم الواضح Overt Understand

وفيه يظهر الأخصائي الاجتماعي فهمه وتقديره لمشاعر أو سلوك الطفل أثناء إنجاز المهمة سواء بالأساليب اللفظية او غير اللفظية .

٦ ـ تكنيك التفسير Explanation

وفيه يركز الاخصائي على تأكيد فهم الطفل لنفسه ولتصرفاته وعلاقته بالاخرين

٧ ـ تكنيك النمدجه Modeling

ويستخدم فيه المعالج يقظته التامة واستجابات المتعاطفة وفهم واعي لمساعدة الطفل على التعبير عن مشاعره الحاضرة .

٨ ـ تكنيك لعب الأدوار Role Playing

وفيه إكساب الطفل المزيد من الفهم حول كيفية أداء الدور وهذا الأسلوب يعد نوعا من التدريب للطفل على كيفيه تنفيذ المهمة .

رابعا : مرحلة تنفيذ المهام :

وذلك من خلال متابعة الطفل وتشجيعه على الالتزام بالبرنامج العلاجي .

خامسا ـ مرحلة الإنهاء :

حيث يراجع الأخصائي فيها ما تم إنجازه من مهام وما تحقق من أهداف ويحدد ما حدث من تغيرات في أسلوب الطفل عن طريق القياسات القبلية والبعدية وبرنامج التدخل المهني .

وأخيرا أسفرت نتائج برنامج التدخل المهني عن فاعلية نموذج التركيز على المهام في خفض مظاهر النشاط الزائد على عينه من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة .

حيث حصل الباحث على انخفاض في معدلات السلوكيات النمطية بنسبه ٥٠ % من مجموع الحالات وفي معدلات السلوك العدواني بنسبة ٤٠% من مجموع الحالات وفي معدلات أداء الواجبات وسلوكيات النشاط الحركي الزائد بنسبة ٧٦% من مجموع الحالات مما يدل على فاعلية هذا

البرنامج في خفض مظاهر سلوك النشاط الزائد لدى الاطفال ذوي الحاجات الخاصة " فئة الإعاقة العقلية المتوسطة "

أخيراً أوصت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (٢٠٠١) American Academy of Pediatrics بدليل للعلاج السلوكي الأكثر فاعلية للأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه (العاديين ــ غير العاديين) والذي يمكن استخدامه في البرامج السلوكية لعلاج هؤلاء الأطفال حيث وضعت جدولاً مبينا فيه الآتي :

جدول رقم (٤)

يوضح الفنيات العلاجية الأكثر تأثيرا في الأطفال ذوى النشاط الزائد / قصور الانتباه

التكنيك	الوصف	المثال
التدعيم الايجابي Positive reinforcement	إعطاء تعزيز أو امتيازات غير متوقعة على أداء الطفل إذا كان جيداً	الطفل الذي يكمل مهمة ويجيد استخدام الكمبيوتر
حرمان لبعض الوقت Time - out	سحب التعزيز الإيجابي عندما يكون الأداء غير جيد أو في حاله وجود مشكلة سلوكية	الطفل الذي يعتدي بالضرب على أخوته - والطفل المندفع والذي يطلب منه الجلوس لمده خمس دقائق في ركن غرفه الصف
تكلفه الاستجابة Response Cost	سحب التعزيز أو الامتيازات غير المتوقعة على الأداء غير الجيد أو في حالة وجود مشكلات سلوكية	الطفل الذي يُضَيِّع وقته والذي أخذ امتيازات لتكمله واجباته المنزلية
بونات التعزيز Token economy	يضم التعزيز الإيجابي وتكلفة الاستجابة وفيها يحصل الطفل على التعزيز والامتيازات غير المتوقعة على أداء السلوك المرغوب فيه ويفقد التعزيز أو الامتيازات على السلوكيات غير المرغوب فيها	يحصل الطفل على نجوم ملونه في حالة تكملة المهام ويفقدها إذا لم يكمل المهام ، ويحصل الطفل على مجموعة من النجوم الملونة، في نهاية الأسبوع كجائزة أو

تعقــيب :

تعددت البرامج السلوكية التي تساعد في خفض المظاهر الســلوكية للطفل ذوي النشــاط الزائد / قصور الانتباه حيث أنها أكثر الفئات شــيوعاً بين أطفال المدارس. لذلك اهتم بها الباحثون والدارسون خوفا مــن تفــاقم هذه المشكلة في مرحلة المراهقة أو الرشد وكذلك اهتمت الدراسات بفنيات سلوكية مختلفة من خلال برامج مقدمة لخفــض هــذا الاضــطراب لــدى الأطفال.

ويتضح من العرض السابق وجــود جــزأين أساســيين للبــرامج السلوكية الأول يحتوى على خمسه عشر برنامجاً اهتمت بخفض المظــاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال العاديين والثاني عــدد خمس برامج ودراسات اهتمت بخفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائــد / قصور الانتباه لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ورغم هذا الاهتمــام نلاحظ قله البرامج والدراسات الحديثة التي اهتمت بعمل بــرامج لخفــض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لغير العاديين بمختلف فئاتهم .

وهناك برامج دراسات اهتمت بتعديل وتنظــيم الســلوك وأغلبهــا استخدمت أساليب التعزيز للسلوك الحسن، فأثبتت نجاح هذه الفنيــات فــي خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه مع رفضها لاستخدام أســاليب العقاب تماماً وعدم استخدامها كأساليب تنفيريه في تعديل الســلوك ربمــا الأفضل استخدام أسلوب " تكلفه الاســتجابة " Response- Cost " ممــا يدعو إلى أن يكون الطفل مسئولا عن استجابته وسحب الامتيــازات التــي يحصل عليها الطفل في حالة عدم الاستجابة الحسنة، وهذا الأسلوب أفضل من العقاب، ويعتبر من أنجح الأساليب العلاجية المســتخدمة فــي بــرامج خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه .

والبعض الآخر من الدراسات اهتمت باسلوب جديد وهو التدريسي الملطف " Gentile Teaching حيث انه يشترك مــع اســاليب العــلاج السلوكي في بعض الجوانب كتحديد المشكلة ورسم الأهداف المسبقة للعلاج واستخدام فنيات التدعيم إلا أنه يختلف عن المناهج السلوكية التقليدية فــي التأكيد على القيم في عمليه التفاعل وتكوين علاقات متبادلة وهذه تعتبر من الفنيات المفيدة والناجحة في خفض مظاهر النشاط الزائد لدى الأطفال .

ونلاحظ أيضا مما سبق قلة البرامج السلوكية لدى أطفال مــا قبــل المدرسة، وربما يرجع ذلك إلى صعوبة التشخيص لهؤلاء الأطفال في هذه المرحلة العمرية لتشابه المظاهر السلوكية للنشاط الزائد مــع المشــكلات السلوكية الأخرى التي تظهر في هذه المرحلة العمرية .

ونلاحظ أيضاً قلة البرامج والدراسات العربية التي اهتمــت بعمــل برامج لخفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد، وهذا يؤكد الحاجــة إلــى المزيد من الدراسات العربية لبرامج خفض النشاط الزائــد لــدى الأطفــال العاديين ــ وغير العاديين .

الفصل الخامس

برامج تدريب الوالدين

أولا ــ عرض لبعض برامج تدريب الوالدين لخفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال العاديين .

ويتضمن هذا الاتجاه عرضا لأبرز البرامج والدراسات الحديثة التي عالجت مشكلته النشاط الزائد لدى الأطفال عن طريق تدريب الوالدين لأنها أكثر الطرق تأثيراً في خفض المظاهر السلوكية لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD .

وتهدف هذه البرامج إلى تدريب الوالدين على كيفية تنظيم سلوك أطفالهم والعمل مع الطفل ذوى النشاط الزائد / قصور الانتباه كي يكتشف بنفسه نماذج السلوك والطرق البديلة للسيطرة على انفعالاتهم، والعمل على اكتساب مهارات جديدة في أساليب العلاقات الأسرية بهؤلاء الأطفال وتدريب الأسرة على تكنيك التدعيم الإيجابي للسلوك المرغوب فيه لدى الطفل.

ويهتم أيضا بتدريب الوالدين والأطفال ذوى النشاط الزائد على كيفية وضع نهاية لكل مهمة ثم يكافأ الطفل بعد الانتهاء من كل جزء من المهمة، وتوزيع الواجبات المدرسية على فترات، مع وضع أولويات لتنفيذ المهام وتوفير الجو الهادئ والمكان المناسب لتنفيذ المهام مع مراعاة أوقات الراحة بين كل مهمة وأخرى. أخيراً تهدف إلى خفض ضغوط الوالدين وخفض مظاهر النشاط الزائد قصور الانتباه للطفل .

وقد طور بلاك مور وزملائه(Blak More,et . al., 1993) **برنامجا لتدريب الوالدين لعينة من خمس عشرة أسره لديها أطفال يعانون من نشاط زائد / قصور انتباه** ADHD **. ويهدف هذا البرنامج إلى إكساب الوالدين المهارات المطلوبة للتحكم في سلوك الطفل مع كيفية استخدام اساليب التعزيز الملحقة في البرنامج والتي تعدل الدافعية التلقائية أو**

الفطرية للطفل من خلال تقديم مواقف للتحكم في السلوك . ويعتمد البرنامج على النتائج التي ترتبط بالسلوك المستهدف أكثر من اعتماده على التعزيز المستخدم في تعديل السلوك. مثال (إذا كان الموقف عن آداب المائدة وأساليب الطعام فيجب الاهتمام بسلوكيات الطفل على أن يقوم أكثر من مرة من على مائدة الطعام بدلا من الاهتمام بالسلوكيات الخاصة بمواقف الطعام، وأشارت النتائج إلى أن هذا البرنامج يساعد على خفض ضغوط الوالدين، ومن المظاهر السلوكية للنشاط الزائد/ قصور الانتباه للطفل ADHD في المنزل والتي يمكن مقارنتها بآثار استخدام برامج تعديل السلوك .

استخدم أناستوبو وآخرون (Anastopoux. et al., ١٩٩٣) برنامجاً لتدريب الوالدين Parent Traning (pt) الذين لديهم أطفال ذوو نشاط زائد / قصور انتباه ADHD. وتكونت عينة الدراسة من أربع وثلاثين أسرة قسمت إلى مجموعتين : مجموعة تجريبية وعددها تسع عشرة أسرة ومجموعة ضابطة بها خمس عشرة أسرة وتلقت المجموعة التجريبية برنامجاً في التدريب السلوكي للوالدين Perent Training(PT) من خلال لقاءات ولمدة شهرين. واشتمل البرنامج على قياسات للضغوط ـ التوتر ـ قائمة السلوك للطفل ـ اختبارات التكيف. وأظهرت النتائج فروقاً بين المجموعتين التجريبية والضابطة وكانت لصالح المجموعة التجريبية حيث أظهرت القياسات تحسنا في خفض ضغوط الوالدين مع زيادة معدلات احترام الذات. غير أن معدلات تقارير الآباء والمدرسين عن الأطفال أظهرت تحسناً في المظاهر السلوكية للأطفال مِّما أدى إلى خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال

وأكدت دراسة بير (Beyer١٩٩٤) فعالية برنامج تدريب الوالدين لباركي (Barkley) حيث أن تدريب الوالدين الذين لديهم أطفال يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه يعتبر أكثر شيوعاً في علاجات هؤلاء الأطفال

. وتكونت عينة الدراسة من إحدى وثلاثين اسره لديها اطفال في سن ما قبل المدرسة حتى الصف الخامس الابتدائي. وتلقت برنامجا لتدريب الوالدين لمدة سبعة أسابيع حيث تم تقسيم العينة الى مجموعتين. الاولى ضابطه. والثانية تجريبية واستخدمت التسهيلات المتعاونة من البرنامج. واديرت الجلسات بواسطة فردين استخدما دليل باركلي لتدريب الوالدين للأطفال المنحرفين. " Barkley's Defiant Children Clinician's Manual For Parent Training " وتم تقييم للقياسات القبلية والبعدية للعلاج في نموذج متعدد من خلال الملاحظة، وتقارير معدلات الوالدين، وتقارير معدلات المدرسين، وأسفرت النتائج عن الآتي :

١ ـ حدوث تغير في سلوك الوالدين نتيجة التدريب .

٢ ـ وبناء على تغير سلوك الوالدين ظهر تحسن في سلوك الأطفال في المنزل بانخفاض في أعراض النشاط الزائد مع زيادة في سلوكيات الطاعة.

٣ ـ وتم الاستمرار في الوقت الإضافي للبرنامج نتيجة تغير سلوك الوالدين وسلوك أطفالهم .

٤ ـ ظهر خفض للمظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال في المدرسة.

٥ ـ ولم تجد الدراسة فروقا دالة في التغير في السلوك، وكانت الجلسات غير كافية للتعديل السلوكي الكامل . وتوصي الدراسة بإضافة جلسات إضافية لبرنامج باركلي لتدريب الوالدين وكذلك بالنسبة لبرنامجه في تدريب المدرسين مع مقابلات جادة في المدرسة لمعرفة حاجات هؤلاء الأطفال .

وفي دراسة تقويمية لبرنامج منظمـــة المحافظـــة علـــى الصـــحة للأطفال Health Maintenance Organization's (HMO) Program ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه ADHD والتي قام بها ريجز (Riggs, 1998) هدفت إلى :

١ ـــ تقييم الأطباء والتقارير الخاصة بالتشخيص والعلاج والتوصـــيات الخاصة بالأطفال ADHD .

٢ ـــ كيفية إعلام الآباء باضطراب النشاط الزائد / قصـــور الانتبـــاه لـــدى طفلهما .

٣ ـــ مدى فهم الوالدان لاضطراب طفلهما بالنشاط الزائد/قصـــور الانتبـــاه وتعريفهم باحتياجات العلاج .

٤ ـــ مدى رضا الوالدين عن الرعاية التي تقدمها منظمة المحافظـــة علـــى الصحة تجاه هذا الاضطراب لدى الأطفال .

اشتملت عينة الدراسة على (١٢١) فرداً من الوالدين الذين لـــديهم أطفال يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD .

واستخدم الباحث المقابلة الشخصية من قبل الطبيب والممرضـــات لجمع المعلومات عن الرضا عن البرنامج المستخدم مـــع أطفـــال العينـــة. وكشفت نتائج هذا التقييم عن رضا الوالدين عن البرامج المقدمة لهم بصفة عامة، وعن برامج خفض النشاط الزائد / قصور الانتبـــاه لـــدى الأطفـــال، وأوصت الدراسة بأن يتكرر مثل هذا العمل في عمليات التشـــخيص أيضـــا للأطفال ذوى النشاط الزائد / قصور الانتباه .

واستخدمت المريدا (Almrida, ١٩٩٨) برنـــامج بجمـــالون Py Gmalion المعرفي لتدريب الوالدين والأسرة، ولتشـــخيص الأطفـــال ذوى النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD، على عينة من الأطفـــال عـــددها (١٢٠) طفلا من سن ٨ ـــ ١٢ سنة ويعانون من النشاط الزائد / قصـــور

الانتباه ADHD . ويهدف هذا البرنامج إلى تدريب الوالدين الذين لـديهم أطفال ذو نشاط زائد/ قصور انتباه ADHD للتعامل مع هـؤلاء الأطفـال ومساعدتهم على خفض ضغوطهم وزيادة مهاراتهم الاجتماعية فـي حـل المشكلات . واستخدمت الدراسة نموذج بجمالون المعرفي لمدة (٧) أسابيع متداخلة حيث تم تعليم وتدريب الوالدين لإعادة تشكيل السـلوك وتعلـيمهم أسلوب حل المشكلات، والتدريب على مواقف لتنظيم السـلوك الفوضـوي، وتدريبهم على عمليات الاتصال الجيد وبناء المهارات الاجتماعية. ثم قـام الباحث بتقييم نموذج بجمالون المعرفي قبل استخدامه مع أطفال العينة ثـم قام بتطبيقه وتقييمه مرة أخرى بعد تطبيق البرنامج وبعد عملية المتابعـة بثلاثة اشهر على الأقل .

وأظهرت النتائج فروقاً دالة في سلوكيات الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD خارج المنـزل وفـي المهـارات الاجتماعية، وأظهرت أيضا انخفاضا في ضغوط الوالدين الذين لديهم أطفال يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD مع زيادة إيجابية فـي تفاعل الطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD مع والديه الـذين تدربوا على هذا البرنامج مع خفض للمظاهر السـلوكية للنشـاط الزائـد / قصور الانتباه .

ووضع جولدسـتين (Goldstein, 1998&Goldstein,) دلـيلا لمساعدة الوالدين في التعامل مع الأطفال ذوي النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD A Guide to Help Perents in Treating Their ADHD Child ويهدف هذا الدليل إلى تدريب الوالدين على كيفيـة التعامـل مـع أطفالهم الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD ويشتمل هذا الدليل على تسع استراتيجيات كالآتي :

- الخطوة الاولى تعلم مفهوم النشاط الزائد قصور الانتباه Learn about ADHD . وفيها يجب على الوالدين فهم ان تنظيم سلوك الأطفال ADHD وقيادته في المنزل يتطلب معرفة دقيقة لمفهوم الاضطراب والمشكلات الناتجة، والتي تؤثر على حياة الأطفال ADHD لذلك يجب أن تكون مثابرا، ولديك القدرة على التنبؤ، وتدعيم الطفل في تفاعله مع الوالدين.

٢ - الخطوة الثانية : " فهم عدم الكفاءة / من عدم الطاعة" Understanding Incompetence vs Non Complince . يجب أن يفرق الوالدين بين المشاكل الناتجة من عدم الكفاءة والمشاكل الناتجة من عدم الطاعة ففي الأولى يجب أن يتعامل الوالدين مع التربية وتكوين المهارات، أما في الثانية فيجب أن يتعامل الوالدين بفاعلية مع النتائج مع الأخذ في الاعتبار أن عقاب الطفل ADHD قد يؤدي إلى شعوره بالندم والتعهد بالسلوك الحسن، ولكن تمهل قليلا وقف لتعطي فرصة لتغيير السلوك في المستقبل .

الخطوة الثالثة : "أعطى تعليمات إيجابية Give Positive Directions تأكد من إعطاء تعليمات إيجابية بدلا من التعليمات السلبية حيث تشتمل التعليمات الإيجابية على تعليمات واضحة عن ما الذي يبدأ فعله بدلا من التركيز على ما الذي يجب إيقاف عمله أو فعله مثال (من فضلك ابدأ بواجب الرياضيات مثلا، بدلا من التعليمات الغامضة مثل انتبه أو ابدأ العمل) وأعلم أن طفلك يحتاج إلى أشراف وتوجيه وتنظيم لسلوكه عن الأطفال الآخرين .

الخطوة الرابعة : " تقديم المكافآت " Provide Ample Rewards " وفيها يتم تقديم المكافآت المجزية للسلوك المناسب سواء كانت (مادية - اجتماعية) وبصفة متكررة عندما يتحسن السلوك مع تجنب التعزيز السلبي.

الخطوة الخامسة : تخير المواقف التـي تريـد تعزيزهـا ومـع تجاهـل السلوكيات التي لا تريدها Choose your Battles من الضـروري ان تتقدم خطوة وان تتقبل كل الصعوبات التي يمارسها طفلك والناتجـه عـن النشاط الزائد/ قصور الانتباه ويجب ان تعرر السلوك الإيجابي فـي الحـال للسلوكيات التي لا تستطيع إهمالها ونتائج الثواب والعقاب يجـب ان تنفـذ بسرعة دون تأخير .

الخطوة السادسة : "استخدم تكنيك تكلفـة الاسـتجابة" Use Response Cost Techniques ويجب أن تفهم كيفية استخدام تكلفة الاستجابة وتكنيك العقاب الذي من المحتمل أن يفتقدها .

الخطوة السابعة : "الخطة المناسبة" Plan Apprpriately . أفهـم لكـي تجيب على قدرات الطفل ذو النشـاط الزائـد / قصـور الانتبـاه ADHD بأسلوب فعال . والتشخيص الجيد للطفل معناه معرفتك الكاملة عن حاجاتـه (كعمل تغييرات في بيئته أو تغيير الروتين ـ أو تكرار العمل بحيث يكـون متناسقا، ويجب أن تكون قوانين معاملتك مع الطفل ثابتة مع تجنب المواقف أو الأنشطة التي مر بها الطفل في خبراته السابقة .

الخطوة الثامنة : " العقـاب المناسـب " Punishing Appropriately إن العقاب بمفرده لن يخفض مظاهر ADHD ولكنه يـؤدي دورا هامـا فـي تعديل السلوك الناتج عن عدم الطاعة .

الخطوة التاسعة : "ابني جزيرة مـن الكفـاءات" Building Islands of Competence . يجب أن تعرف مناطق القوة والضعف في الطفـل حتـى يساعدك ذلك على التنبؤ بالخطط المستقبلية وهنا يأتي دور الصحة النفسية في التركيز على أماكن الضعف والقوة بدلا من التركيز على أماكن الضعف فقط.

وصمم المعهد القومي للصـحة النفسـية (National Institute of Mental Health ، 2001) برنامجا تدريبيا للوالدين لخفض النشـاط الزائـد/ قصور الانتباه لدى الأطفال. ويهدف البرنامج إلى :

١ـ تخفيف الضغوط على الوالدين للتعامل مع الطفل ذي النشاط الزائـد / قصور الانتباه ADHD

٢ ـ إكساب الوالدين الثقة في التعامل مع الضغوط الناتجة عـن مشـكلات هذا الطفل وينتج عن ذلك نجاح أداء الطفل .

٣ ـ تخفيض مظاهر سلوك المخاطرة عند الطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD والتي تولد المشكلات الانفعالية لديه .

٤ ـ تزويد الوالدين بمعلومات عن الطفل ذي النشاط الزائد وقصور الانتباه ADHD وعن كيفية تخفيض المظاهر السلوكية المميزة لهذا الطفل .

ويقدم هذا البرنامج لمدة ستة شهور بواقـع أربـع لقـاءات مـع الوالدين .

خطوات البرنامج :

اللقاء الأول : التعريف بالطفل ذي النشاط الزائد " What is ADHD من حيث :

١ ـ المظاهر السلوكية أو أعراض الاضطراب

٢ ـ تشخيص الأعراض أو المظاهر حيث يبدأ من سن (٧) سنوات ويـتم التشخيص عن طريق المدرسة أو المنزل أو مكاتب الصحة الخاصة بالطفل.

٣ـ تطبيق بعض الاختبارات السيكولوجية للتعرف على الطفل ذو النشـاط الزائد وقصور الانتباه ADHD .

٤ ـ التعريف بالمشكلات التي يلاحظها الآباء مثل :

ـ مشكلات الانتباه ـ مثل (يفقد الأشياء ـ ينس أحيانا)

ـ مشكلات خاصة بالتفكير مثل (صعوبة الانتظار ـ عدم تعلمه من الأخطاء.......).

ـ تكرار النشاط على فترات مثل (لا يحتاج إلى الراحة ـ غير قادر على الجلوس ...) ثم تدريبات على كل ما سبق.

اللقاء الثاني : "اعتن بطفلك Taking Care of Your Child . وفي هذا اللقاء يعطي الآباء بعض الأفكار التي تساعدهم على فهم مشكلات أطفالهم الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD لكي تؤدي إلى تحسن سلوكهم وخفض مظاهره مثل :

أ ـ ركز على الخبرات السابقة لطفلك مثال (مرات الإحباط ـ أو الفشل) .

ب ـ اعرف طفلك مثال (أصعب وأسهل شيء للطفل ، وما الذي يثير انتباهه ؟) ثم تدريبات على ما سبق .

ج ـ اتصل بطفلك مثال (قل له أنه مهم ـ اجعل نظرك عليه...).

د ـ تعرف على أشكال السلوك مثال (علمه كيف يحل المشكلة ـ شجع السلوك الجيد ...)

هـ ـ اتبع التعليمات الآتية التي أمامك بالقائمة مع استخدام عمليات التعزيز المختلفة إذا تتبع التعليمات بطريقة صحيحة ثم تدريبات على ذلك .

اللقاء الثالث " طفلك واضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD والمدرسة والواجبات المنزلية " Your : School and Homework Child and ADHD . وفي هذا اللقاء ركز على المشكلات الأساسية التي يسببها الطفل في المدرسة والعمل المدرسي ومصادر الضغوط على طفلك من مدرسي المدرسة ويتم في هذا اللقاء :

١ـ الاتصال بالمعلم وهي أول خطوة للتكيف مع المدرسة، لأن المدرس هو الذي يقود أنشطة الطفل

٢ ــ العلاج الطبي وفيه يتم معرفة نوع الأدوية التي يستخدمها الطفل وأي تغيير يحدث في نظام الجرعات .

٣ــ جدولة الواجبات المنزلية والأنشطة المدرسية . وفيها مساعدة الطفل على عمل الواجبات مع تشجيع الأداء الأحسن .

٤ــ العمل واللعب مع الآخرين ويتم من خلاله معرفة مشاكل الطفل مع الآخرين .

٥ــ تعليم الطفل ذي النشاط الزائد وقصور الانتباه ADHD المهارات مبكرا مثل (مهارات القراءة ــ الكتابة ــ التعرف على الأشياء الجيدة وغير الجيدة).

٦ــ كيفية تنظيم الواجبات المنزلية .

٧ــ حدد المكان المناسب لعمل الطفل في المنزل وفي المدرسة ثم تدريبات على كل ما سبق.

اللقاء الرابع : "أعتن بنفسك " Taking Care of Your Self تعطي تعليمات أو إرشادات للآباء بالاهتمام بأنفسهم، حيث أظهرت الأبحاث أن الوالدين الذين لديهم أطفال يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD لديهم ضغط دم عالٍ من مشكلات هؤلاء الأطفال، والناشئة أيضا من سوء الخبرة في التعامل مع هذه المشكلات وكيفية التطبع معها. ووضعت قائمة لكيفية العناية بالآباء، وأظهرت نتائج هذا العمل انخفاضاً في ضغوط الوالدين مع انخفاض في المظاهر السلوكية لأطفالهم، ونجح البرنامج في إكساب الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD سلوكيات جديدةً في المنزل والمدرسة .

وفي تقرير قدمه بكهام (Peckham, ٢٠٠١) عن اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه والطرق غير الدوائية لتنظيم وخفض المظاهر السلوكية للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والتي تستخدم في برامج

خفض النشاط الزائد حيث تم وضع الخطوط الرئيسية لبرامج سلوكية داخل المنزل منها :

أولاً : وضع خطط للوالدين لزيادة القدرة على التحمل لمساعدة الطفل كي ينظم نفسه أو يصل إلى مستوى جيد من تنظيم النفس. بحيث يكون عطوفا، صابرا ، ولديه القدرة على التعامل مع هؤلاء الأطفال. وفيما يلي بعض الخطوات التي تساعد الوالدين على ذلك :

١ــ أن يعد الوالدان قائمة من أولويات السلوكيات السالبة لدى الطفل مثل (التشاجر ــ رفض الاستيقاظ مبكراً ...) ثم ترتب السلوكيات السالبة بحيث تكون السلوكيات السلبية الأكثر تكرارا في أعلى القائمة والسلوكيات السالبة الأقل تكرارا في نهاية القائمة .

٢ ــ تأكد من السلوكيات الغريبة والمحببة لطفلك .

٣ــ تذكر أنه لا يوجد شخص ملاك ومن ثم تغاض عن بعض الأخطاء البسيطة لتثبيت حبك لأطفالك.

ثانياً .وضع القواعد والقوانين الثابتة، مثل :

أ ــ الوفاء بالوعد بالثواب للسلوك الحسن .

ب ــ رفضك للسلوك غير الحسن .

ج ــ مرونة القوانين وأن تكون غير ضارة بالطفل، وضع في ذهنك أن الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD لديهم صعوبات في التكيف مع أي تغيير جديد عن الأطفال العاديين .

ثالثاً .وضع خطط لتنظيم السلوكيات الفوضوية والتجريبية :

١ــ يجب أن يهتم الوالدان اهتماما بسيطا بالاضطرابات السلوكية المتوسطة التي تسمح لطاقة الطفل أن تستنفذ .

٢ــ أعط الطفل وقتا للراحة في التحرك من مكان إلى آخر لاستنفاذ الطاقة.

٣ــ علم طفلك الاجابات اللفظية الصحيحة .

٤ ــ التقليل من مشاهدة المباريات التنافسية مثل ألعاب الفيديو لدى الطفل حتى يقل السلوك غير المرغوب فيه عند الطفل .

٥ـ أحيانا يشترك الوالدين دون قصد في المواقف التي تظهر السلوك الفوضوي للطفل وتفجره دون أي سبب ظاهر .

رابعاً .وضع نظام للتعزيز :

يوضع نظام تعزيز للطفل الذي يستجيب جيداً ، فقد سجلت بعض الدراسات أن التشجيع بواسطة التعزيز المباشر للاستجابات الصحيحة أو باستخدام نموذج تكلفة الاستجابة " في هذا البرنامج يعطي الطفل التعزيز، ويسمح له أن يحتفظ به إذا استمر السلوك على الحالة الجيدة .

ووضع اقتراحات لبرنامج تعزيز مناسب للأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD كالآتي :

١ ــ استخدام البطاقات أو الكروت أو الدرجات أو النجوم للسلوك الجيد عندما يكمل المهام

٢ ــ تعزيز الطفل التي يلعب مع طفلك اللعبة المفضلة له .

٣ ــ يجب ألا تكرر أساليب التعزيز (كالطعام أو الهدايا) حتى لا تفقد أهميتها .

٤ ــ يجب التنويع في أساليب التعزيز .

٥ ــ يستجيب الأطفال بطريقة أفضل بابتسامة عندما يكون الوعد بمكافأة في الوقت القريب أفضل من المستقبل البعيد، أي أن التعزيز الذي يعقب الاستجابة الصحيحة أفضل من التعزيز بعيد المدى . وهناك أسلوب آخر يجمع فيه الطفل نقاطاً كثيرة على سلوكيات صحيحة ويفوز في النهاية بمكافأة أو هدية كبيرة .

٦ ــ تجنب عدم الوفاء بالوعد في تقديم التعزيز .

خامسا. وضع برنامج لتحسين التركيز والانتباه للاطفال ذوي النشاط الزائد قصور الانتباه ADHD والهدف من هذا البرنامج هو تحسين القدرة على التركيز والانتباه لدى الاطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه .

ويستخدم البرنامج لمدة ثمانية عشر اسبوعا بواقع مرتين اسبوعيا، يتدرب فيها الطفل ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD على المهام السمعية والبصرية وذلك للتركيز على متابعة الانتباه باستمرار وتوزيع الانتباه على كل المهام المطلوبة وبعد نهاية ثمانية عشر أسبوعا يصبح سلوك الطفل ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD مثل الطفل العادي . ويجب على الوالدين البحث عن الأنشطة التي تساعد الطفل على التركيز مثل لعبة "Puzzles " – ألعاب الكمبيوتر – الكلمات المتقاطعة وهى من الألعاب التي تنشط العقل، وكذلك الألعاب التي تساعد على حل المشكلات مثل بعض ألعاب الكمبيوتر – السباحة – التنس، وبعض الألعاب الرياضية التي تساعد على التركيز مثل ألعاب الكرة – الرسومات العينية والموسيقى الهادئة .

سادساً . وضع برنامج لتنظيم السلوك في المدرسة :

في حالة نجاح الوالدين في تنظيم سلوك الطفل في المنزل، فغالبا ما تظهر المشكلات في المدرسة . ومن ثم هدف هذا البرنامج إلى تحقيق السعادة والعلاقات الاجتماعية المتكاملة للطفل ذو النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD مع أصدقائه في المدرسة ويحتوي البرنامج على الآتي :

أولا – إعداد المعلم الذي يتعامل مع الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD وتدريبه على استراتيجيات تنظيم السلوك لدى هؤلاء الأطفال كالآتي :

١ــ اذا كان الطفل ذو النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD كثير التحدث، ولديه حب الظهور. فاجعل للطفل يجلس في الصف الأمامي من غرفة الصف، وهذا التكنيك يساعد على تحسين هذا السلوك .

٢ــ إذا كان الطفل يفقد اشياءه الهامة ودائم النسيان، فالتغلب على هذا السلوك يتمثل في تذكرة الطفل بصورة مستمرة .

٣ــ يجب أن يعرف المعلم ان هذا الطفل ينسى الواجبات ويخطئ في الحل حتى يكون على وعي بقدرات هذا الطفل .

٤ــ إذا كان الطفل لا يتحكم في الحركة أو خطه في الكتابة، أو كان ضعيفاً في استخدام الكمبيوتر؛ فإنه يمكن التغلب على هذه المشكلة بتعليم الطفل الكتابة على الكمبيوتر من الصف الثالث إلى الرابع الابتدائي .

٥ــ وإذا كان الطفل ذو النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD لديه سلوك عدم الطاعة، فإنه يمكن أن يستجيب جيدا إلى مطالب المدرسة تحت الإشراف المباشر حيث تظهر لديهم مشاكل في الأنشطة التي لا تخضع للإشراف المباشر .

ثانياً ــ التعريف بدور الوالدين في جلوس الطفل في المدرسة يجب على الوالدين، أن يلتقوا بالمدرس قبل بدء الدراسة، ويسجلوا تقريراً عن حالة طفلهما، ولنجاح ذلك يجب عمل الآتي:

١ ــ توفير العلاقات الإيجابية مع مدرس الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد/قصور الانتباه ADHD

٢ ــ أن يعترف الوالدان بأن المعلم يعمل مع أطفال آخرين بجانب طفلهما ولهم مطالب تعليمية .

٣ ــ كثره المناقشات وتكرارها مع المعلم سوف توفر الوقت في جمع المعلومات عن مدى تقدم الطفل أو تأخره .

٤ ــ وجود مدرس خصوصي بعد المدرسة قد يساعد في حل مشكلات الطفل التعليمية .

ويقدم برنامج فولر (Fowler 2002) طرقا حديثه لتحسين الحياة بشكل عام واحترام الذات لدى الاطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD. بهدف هذا البرنامج إلى خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه، وزيادة احترام الذات، وتحسين النظرة العامة للحياة لدى الأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب .

خطوات البرنامج :

الخطوة الأولى : " كن أكثر نشاطاً Become Proactive : وفي هذه الخطوة يتم جمع معلومات عن قدرة الطفل ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD وجوانب القوة والضعف فيها وفهم لماذا وكيف يؤثر اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه في الطفل وعلى سلوكياته في المنزل، والمدرسة ومواقف الحياة ونظام الأسرة بأكمله .

الخطوة الثانية : " غير مفاهيمك عن الطفل " : قبل أن تغير مفهوم الذات للطفل يجب أن يُغَيِّر الكبار وجهه نظرهم عن الطفل ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD وافصل الطفل عن سلوكه وافهم أنهم أطفال عاديون وليسوا مرضى .

الخطوة الثالثة : "افعل ولا تنفعل" Act, Don't React يمكن التغلب على الاستجابات الانفعالية مثل الغضب والثورة بالتوقف لحظة أو النظرة إلى شيء آخر أو الاستماع إلى الموسيقى الهادئة ثم بعد ذلك استجب لانفعالاتك، أو بأسلوب آخر عدْ من ١ ــ ١٠ .

الخطوة الرابعة : " افهم طبيعة نفسك " خذ وقتاً في التفكير لنمو المهارات والهوايات واعمل برنامج تدريبات عادياً ومنظماً

الخطوة الخامسة : ابدا بالاحسن" واعط الطفل كثيرا من المدح والتشجيع المستمر والانتباه الإيجابي، واستخدم العقاب بأقل ما يمكن، ولا تسخر من الطفل .

الخطوة السادسة : نمِّ إحساس الطفل بكفاءته وإحساسه بالمسئولية، وذلك عن طريق الآتي :

١ـ تعرف على نقاط القوة والضعف لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD .

٢ ـ نمِّ التوقعات الحقيقية للطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD .

٣ ـ استخدم نقاط القوة عند الطفل في بناء فرص جديدة للنجاح في البيئة مثل :

أ ـ تخير عمل خاص للطفل مثل إطعام بعض طيور الزينة أو تزيين المنزل وقت الإجازة أو الأعياد

ب ـ اجعل لطفلك اهتمامات خاصة .

ج ـ أعط لطفلك أنشطة خارج المنهج الدراسي مثل الرسم ـ الموسيقى ـ الرياضة، وتخير ما يناسب طفلك.

د ـ العب مع طفلك، واترك له حرية اختيار اللعبة .

وبعد أن عرض البحث برامج تدريب الوالدين لخفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال العاديين ، فإنه يعرض في الجزء التالي بعض برامج تدريب الوالدين الخاصة بالأطفال غير العاديين .

ثانيا ـ عرض لبعض برامج تدريب الوالدين لخفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال غير العادين .

١ ـ دراسة هورن وزملائه (Horn&1990 ..et.al) تم التعرف فيها على برنامج التدريب السلوكي للوالدين والتدريب على ضبط الذات ومدى تأثيره

على عينة من الاطفال ذو النشاط الزائد / قصور الانتباه والمتخلفين عقليا عددها (٤٢) طفلا يعانون من عجز شديد فى الانتباه ونشاط حركي زائد وتتراوح أعمارهم ما بين ٧ ــ١١ سنة ، وتم تقسيم العينة الى ثلاث مجموعات تجريبية وتم استيفاء شروط تجانس العينة من حيث نسبة الذكاء، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة ــ وعدم تناول اي أدوية ــ وعدم وجود عجز بدني أو أمراض نفسية .

وتلقت المجموعة الأولى برنامجاً فى التدريب على الضبط الذاتي وتلقت المجموعة الثانية برنامج فى التدريب السلوكي الذي يقوم به الوالدين معا، أما المجموعة الثالثة فقد تلقت البرنامجين معاً . برنامج الضبط الذاتي وبرنامج التدريب السلوكي للوالدين ،واستخدم الباحثون اختبار وكسلر للذكاء العملي ومقياس كونر لتقدير سلوك الطفل . وقد حصل عليه الباحثون من تقارير المعلمين والوالدين،وتم تشخيص العينة بالمقابلة الكلينكية، واستخدام معايير الدليل التشخيص الثالث للاضطرابات العقلية المعدل(DS M111 R) واستخدم برنامج الضبط الذاتي الذي يعتمد على أسلوب تقديم التعليمات للذات فى جلسات تدريبية لمدة شهر ونصف تقريبا. وزمن كل جلسة حوالي ٣٥ــ٤٥ دقيقة بالإضافة إلى جلسات إضافية للتقييم النهائي.

كما استخدم برنامج التدريب السلوكي للوالدين وكيفية استخدامهم لعمليات التعزيز المختلفة فى تعزيز السلوكيات الصحيحة لمدة شهر ونصف تقريبا . وبعد انتهاء المدة المحددة للبرنامجين أجريت التحليلات الإحصائية وأظهرت النتائج الآتي:

١ــ وجود فروق دالة احصائيا في تقدير الوالدين لسلوك الأطفال قبل وبعد تلقي البرنامج العلاجي

٢ ــ عدم وجود فروق داله احصائيا في تقدير المعلمين لسلوك الأطفال في المجموعات التجريبية الثلاث قبل وبعد تلقي البرنامج العلاجي .

٣ــ وجدت فروق دالة إحصائيا بين المجموعة التجريبية الثالثة التي تلقت برنامجين معاً والمجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية وكانت لصالح المجموعة التجريبية الثالثة التي تلقت البرنامجين العلاجيين معاً، وهذا يدل على مدى فاعلية ضم البرنامجين معاً (برنامج التدريب السلوكي للوالدين وبرنامج ضبط الذات) في تخفيض وعلاج مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً .

تعقيب :

ركزت البرامج المقدمة لتدريب الوالدين على أهمية الدور الهام الذي يؤدونه في مساعدة أطفالهم ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه، حيث أنهما أقرب الأفراد للطفل وأكثرهم تأثيراً وتأثرا به، غير أن العمل مع أفراد الأسرة لاكتساب مهارات جديدة في أساليب التعامل والعلاقات الأسرية بهؤلاء الأطفال تفيد في خفض ضغوط الوالدين التي تنشأ نتيجة عدم فهم حاجات هؤلاء الأطفال.

وتُدرب هذه البرامج الوالدين على كيفية التعامل مع سلوك الطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتباه المصحوب بالاندفاعية بصبر وحكمة، ومع سلوك عدم الطاعة بالدفء واللين، وتدريبهم على كيفية وضع نتائج متوقعة للسلوك مع تطبيق هذه النتائج في الحال، وأيضا يتم تدريبهم على تنظيم السلوك بدلا من العقاب، وتحديد المشاعر وردود الأفعال، والتدخل الفوري عندما يسيء الطفل السلوك .

ويتم تدريب الوالدين في هذه البرامج أيضا على الاستراتيجيات التي تشجع على السلوك الإيجابي للطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتبا ADHD والأساليب التي تقلل من السلوك غير المرغوب فيه مثل :

ـ التعرف على السلوك الإيجابي وتدعيمه بصورة مستمرة .

ـ التركيز على تشجيع بعض السلوكيات الإيجابية وقت حدوثها .

ـ تكليف الطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD ببعض المهام ليقوم بعملها في المنزل.

ـ مساعدة الطفل على تنظيم النشاط باستخدام وسائل تعليمية مثل عمل جداول ـ خرائط ـ رسم .

ـ جعل الطفل يركز أثناء حديثك معه وأثناء تلقينك للإرشادات الخاصة به .

ـ إعطاء الثقة للطفل مع استمرارية التحكم في المواقف السلوكية .

ـ من الحكمة أن يحترم الوالدان الطفل ولا يهيناه أمام الآخرين .

وكل ما سبق ذكره، إذا تحقق بنجاح فسوف يؤدي إلى خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال . حيث أوصى تود (١٩٩٧Todd) بتعميم برامج تدريب الوالدين الذين لديهم أطفال ذوو نشاط زائد / قصور انتباه ADHD ، حيث قام بتقييم شامل لنتائج الدراسات التي استخدمت هذه البرامج لما لها من تأثير جيد في الإجابة عن أسئلة الكثير من الأسر تجاه أبنائهم، ووجد أنها من أحسن البرامج التي تستخدم لخفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال في المنزل والمدرسة .

الفصل السادس

برامج متعددة النماذج

ويتضمن هذا المحور عرضا موجز لابــرز البــرامج والدراســات الحديثة التي أسهمت في خفض مظاهر النشاط الزائد/ قصور الانتباه لــدى الأطفال باستخدام النماذج المتعددة . (Multimodal MTA))ADHD Treatment For Children

وفي هذا المجال تناولت دراسة جولدابير (Gold Haber, 1991) برنامجا متعدد النماذج في فترة الصيف يوميا للأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه، حيث اشترك في هذا البرنامج (ثمانية) أطفال يعــانون مــن النشاط الزائد / قصور الانتباه. تلقوا برنامجاً علاجياً صيفياً مكثفــاً يوميــا Summer Day Treatment Program (STP) لمدة ثمانية أسابيع مــن الجلسات في العلاج السلوكي والعلاج الطبي معا، ويعتمد في منهجيته على العلاج المتمركز على الطفل بواقع تسع ساعات يوميا لمدة خمسة أيام فــي الأسبوع .

ويهدف هذا البرنامج إلى تحسين السلوك الاجتمــاعي والمهــارات الرياضية . واستخدام التداخلات السلوكية مثل التعزيزات الخاصة لكل طفل وكيفية استخدام تكنيك الحرمان لبعض الوقت والتدعيم الاجتماعي، وأسلوب النمذجة، وأسلوب حل المشكلات والتدريب على المهــارات الاجتماعيــة . وأثناء تطبيق البرنامج حدث تحسن في سلوك الأطفال، وانخفضت المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه وزاد احترام الذات. وبعــد انتهــاء البرنامج واستخلاص النتائج، قام الباحث بعمل تقييم نهائي للبرنــامج مــن قبل الوالدين تجاه هذا البرنامج وتجاه أطفالهم فوجد اتجاها إيجابيــا يؤيــد فاعلية هذا البرنامج في خفض النشاط الزائد/ قصور الانتباه لدى الأطفال .

وحاول بلهــام وآخــرون (Pelham, et.al 1992) اســتخدام البرنامج العلاجي اليومي الصيفي المكثف (STP) لخفض النشاط الزائــد

قصور الانتباه ADHD، وقام بإجراء تجربة على ثمانية وعشرين طفلا في سن ٧.٢ ــ ١٣.٨ سنة من الذكور يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه وتلقت علاجا مزدوجا تبادليا من عقار بلاسبو المعياري الضابط ومركبات المثيل فينيدات في جلسات البرنامج . وأظهرت نتيجة هذه التجربة تحسنا في سلوك الاطفال الذين عولجوا بمركبات المثيل فينيدات، وتحسنا في الأداء. وفي التجربة الثانية تكونت من ثمانية وثلاثين طفلا في سن ٧.٢ ــ ١٣.٨ سنة يعانون أيضا من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD من الذكور وتمت المعالجة بعقار آخر بدلا من عقار بلاسبو وتمت الإجراءات مثل التجربة الأولى تماماً من خلال البرنامج العلاجي الصيفي اليومي المكثف (STP) وأشارت النتائج إلى وجود فروق في التأثيرات الدوانية حيث ظهر نجاح التقويم باستخدام عقار بلاسيو مقابل المثيل فينيدات مع الذكور الذين يعانون من النشاط الزائد وقصور الانتباه .

وتهدف دراسة كارلسون وآخرون (Carlson, et. al., 1992) إلى معرفة تأثير العلاج الفردي والمشترك مع المثيل فينيدات والعلاج السلوكي على أداء الطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتباه (ADHD) داخل غرفة الصف . واشتملت الدراسة على (أربعة وعشرين) طفلاً من الذكور مَمن يتراوح أعمارهم ما بين ٦ ــ ٢٢ سنة ويعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه واشتركوا في برنامج علاجي لمدة (ثمانية) أسابيع، تلقى فيه كل طفل علاج بعقار بلاسبو وجرعتين من مركبات المثيل فينيدات ٠,٣ مم / كجم ، ٠.٦ / كجم بالتبادل بالإضافة إلى جلستين داخل غرفة الصف أحدهما : في تعديل السلوك (BM) باستخدام التعزيز الإيجابي مع تكلفه الاستجابة أسلوبToken Economy والتعزيز بزيادة وقت الراحة. Time-out مع كتابة التقارير اليومية من قبل الوالدين في المنزل. والثانية: استخدام نفس الأساليب السابقة بالإضافة إلى الملاحظة الدقيقة

داخل غرفة الصف في ـفيـ المهام المسدد للطفل والسلوك اللاسوى ومدى دقة العمل المدرسي ودرجه اتمامه بالإضافة الى تقرير يومي عـن ادائـه ومعدلات الذات للطفل

واثبتت النتائج تحسنا في السلوك بالعلاج الطبي (MPH) والعلاج السلوكي (BM) وكذلك تقدما اكاديميا في الأداء مع الدقة في العمل العلاج السلوكي الفردي حيث كانت نسبة الجرعة ٠,٣ملجم / كجم مـن مركبـات المثيل فينيدات. ووجد الباحثون تحسناً في السلوك داخـل غرفـة الصـف بالعلاج المختلط من العلاج السلوكي والعلاج الطبي بنسبة ٣ ٠ ملجم / كجم مثيل فينيدات، حيث كان أفضل من العلاج الطبي وحده بمركبـات المثيـل فينيدات ذات الجرعة العالية بنسبة ٠,٦مجم كجم / كجم .

وفحصت دراسة هل وكاتاريـا (Kataria 1992&Hall) تـأثير نوعين من تكنيكات العلاج الطبي مع التداخلات المعرفية على عينـة مـن الأطفال واحد وعشرين طفلاً من سن ٦ ـــ ١٢ سنة تم تشخيصـهم علـى أنهم يعانون من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD وتمـت المقارنة بين ثلاث مجموعات . المجموعة الأولي ضابطة لم تتلق أي نوع من العلاج، والمجموعة الثانية تلقت علاجـاً ببرنـامج تعـديل السـلوك، والمجموعة الثالثة تلقت برنامجاً في التدريبي المعرفي: واستخدم الباحثـان نوعين من الأدوية المنبهة أثناء الجلسات الثانية والثالثة. وأظهرت النتائج أن اشتراك العلاج الطبي مع التداخل المعرفي يوميا يحسن من اسـتجابات الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ومن سـلوك الاندفاعيـة . ولا توجد فروق دالة بين المجموعات التي تلقت برنامج تعديل السلوك والأخرى التي تلقت العلاج المعرفي. ولكن ظهر تحسـنا لـدى أطفـال المجموعـة التجريبية أكثر من أطفال المجموعة الضابطة

اما دراسة بلهام واخرين (Pelham. et al 1992) فقد اجريت لتقييم تجربة للفصل بين تاثير برنامج تعديل السلوك باستخدام جرعتين من عقار مركبات المثيل فينيدات (٠,٣ ، ٠,٦ ملجم /كجم) مقارنة مع مجموعة لم تتلق برنامجا في تعديل السلوك مع المعالجة بعقار بلاسبو وأجريت التجربة على واحد وثلاثين طفلا يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD من الذكور حضروا برنامج العلاج الصيفي المكثف (STP) . أظهرت نتائج التقييم أن العلاج الدوائي بالجرعة العالية أكثر من الضعف أظهرت تحسنا في السلوك مع خفض لمظاهر النشاط الزائد لدى الأطفال أكثر من العلاج السلوكي وتعديل السلوك بمفرده .

وأجرى كوفي (,Coffey١٩٩٣) دراسته في أسلوب عمل تعاوني ناجح باستخدام الأساليب الدوائية وبعض أنواع أساليب العلاج السلوكي على أربعة وعشرين طفلا لديهم نشاط زائد / قصور انتباه ADHD وتم اختيارهم طبقا لمعايير DSM4 بشرط أن تكون العينة خالية من الأمراض العصبية أو النفسية . ثم تتبع الباحث نظام دوائي خاص من الأدوية المنبهة مثل مركبات المثيل فينيدات على العينة طبق برنامجه الذي استخدم فيه أسلوب العمل التعاوني على الأطفال العاديين والأطفال ذوي النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD في بعض الأنشطة التي تنمي إلى مهارات تركيز الانتباه، ومهارات حل المشكلات، مهارات التحكم في الاستجابات، مهارات التحدث للذات أثناء أداء مهمة عقلية والتي تتطلب مهارة تركيز الانتباه ومهارات حل المشكلة . وأسفرت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج التعاوني في خفض مظاهر النشاط الزائد وتنمية هذه المهارات السابق ذكرها لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD.

واهتمت دراسة مكوني (Mc Cone 1993) بالعلاجات المتعددة التي تشتمل على العلاج بالادوية المنبهة او المنشطة والتداخلات السلوكية

لخفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد , قصور الانتباه ADHD . وتهدف الدراسة إلى توضيح نوعين من العلاج في حالة فصلهما عن بعض وفي حالة اشتراكهما معا لخفض سلوك النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD لدى الأطفال. واستخدمت الدراسة برنامج تنظيم السلوك الفوضوي وغير المتوقع، وبرنامجاً آخر طبيا، استخدمت فيه الأدوية المنشطة أو المنبهة . واشتملت عينة الدراسة على خمسة أطفال ذكور من سن ٧ــ١١ يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD حيث تلقوا علاجا لمدة ستة عشر يوماً بواسطة برنامج علاجي صيفي يومي Summer day Treatment Program (SPTP) وبرنامج تنظيم السلوك المتوقع الفردي Contingency Program حيث كان البرنامج المتعدد يهدف إلى حل مشكلة سلوكية واحدة فقط لكل طفل . واستخدم في البرنامج أسلوب التعزيز الإيجابي مع تكلفه الاستجابة Token Economy في البرنامج الصيفي وذلك بالتبادل مع العلاج الطبي بعقار بلاسبو. ونجح هذا البرنامج في تحسين سلوك الأطفال تجاه أربعة مواقف علاجية، حيث أظهرت النتائج الآتي .

١ ــ أثرت البرامج الطبية تأثيرا معينا لكل العينة أكثر من برنامج تنظيم السلوكيات المتوقعة.

٢ــ اشتراك التداخلات الطبية والعلاج السلوكي معاً جعلت النتائج تنحو نحو المعدل الطبيعي في خفض النشاط الزائد .

٣ ــ أن العلاج الطبي بالتبادل مع نوعين من الأدوية أعطى نتائج أفضل من العلاج بعقار واحد فقط .

٤ ــ أن اشتراك التداخلات الطبية والسلوكية معاً اعطت نتائج أكثر فائدة من العلاج الطبي وحده، أو العلاج السلوكي بمفرده، واوصت الدراسة

باستخدام هذا التصميم الفريد من نوعه وهو برنامج "متعدد النماذج" في مواقف علاجية أخرى .

وصمم أنتار (Antar, ١٩٩٤) برنامجا متعدد النماذج للتداخلات التربوية في المدرسة. ويهدف هذا البرنامج إلى الآتي:

١ ـ تنمية التحكم الذاتي .

٢ ـ تنمية مهارات حل المشكلة .

٣ ـ المساعدة في تحسين السلوك .

٤ ـ تحسين الأداء الأكاديمي .

٥ ـ تقوية أو تدعيم عمليات التعميم وانتقال تأثيراته التابعة له .

ويحتوي هذا البرنامج على أساليب تدريبية وخدمات تدعيمية للتلاميذ والمدرسين، وبرنامج متابعة وتقويم لتحديد الكفاءة . واستخدمت التداخلات التقويمية القبلية والبعدية على عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD من سن ٦ ـ ١٢ سنة لتقويم درجة الانتباه، والتحكم في الذات، ومفهوم الذات، وكفاءة الأداء الأكاديمي لهؤلاء الأطفال . وأظهرت النتائج مدى فاعلية هذا البرنامج في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد. حيث إن هذا البرنامج يحتوي على نماذج تربوية لم يشتمل عليها أي برنامج في ذلك الوقت .

وفي دراسة كشفية لمعرفة أي من البرامج العلاجية متعددة النماذج أكثر تأثيراً في تحسين سلوك الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD، أجري هوفنج (Hoving١٩٩٦) دراسة على عينة مكونة من (٢٥) طفلا يعانون من اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه (ADHD) واستخدم ثلاثة أنواع من البرامج هي :

١ ـ برامج العلاج الفردي .

٢ ـ برامج العلاج الأسرى .

٣ ـ برامج العلاج الطبي .

واستخدم استبيان للمواقف المنزلية لجمع معلومات عن هذه البرامج، ومدى تأثيرها على سلوك النشاط الزائد للأطفال واوضحت النتائج ما يلي :

١ ـ وجود علاقة إرتباطية سالبة بين العلاج التعاوني المكون من (برامج العلاج الفردي. العلاج الأسري والعلاج الطبي) مع المواقف التي تحدث فيها المشكلات السلوكية داخل المنزل .

٢ ـ وجود علاقة إرتباطية موجبة بين العلاج التعاوني المكون من (العلاج الفردي والعلاج الأسرى) فقط مع عدد من المواقف التي يحدث فيها المشكلات السلوكية داخل المنزل .

وتناولت دراسة بيانكو (.Bianco١٩٩٧) تصميما جديدا لبرنامج نفسي تربوي متعدد النماذج يهدف إلى تدريب الوالدين والمدرسين الذين لديهم أطفال في مدارس الحضانة أو المدارس الابتدائية. وتم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب النشاط الزائد / وقصور الانتباه (ADHD)، وتدريب الأخصائيين النفسيين في المدرسة وذلك لزيادة المعرفة لديهم بنوعية هؤلاء الأطفال، وزيادة مهارات الاتصال معهم لخفض سلوك النشاط الزائد . وقام بتطبيق البرنامج على عينة من الوالدين والمدرسين الذين لديهم أطفال يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD، أو يتعاملون معهم عن طريق مباشر أو غير مباشر، وتراوحت مدة البرنامج أثنى عشر أسبوعا، تم فيها التدريب على هذا البرنامج متعدد النماذج المشترك المكون من اختبارات تقيميه ونموذج للملاحظة المنظمة بغرفة الصف يقوم بها الأخصائي النفسي في المدرسة مع مقابلات شخصية للوالدين لجمع معلومات عن الطفل في استمارة مقابلة شخصية، كما قام

باستخدام المقابلة الشخصية للاتصال بين الوالدين والطفل. وكذلك اختبار التكيف الزوجى للوالدين. وتضمن تنفيذ البرنامج الاتي :

– قام بإجراء إحدى عشرة جلسة مباشرة خاصة بالتدريب على التعلم بالملاحظة وأسلوب النمدجة ولعب الأدوار وإعادة التجربة والمحاضرات والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية . وإنماء المعرفة والمعلومات والمهارات للتعامل مع طبيعة الطفل .

– قام بتدريب المرشدين في المدرسة والوالدين على تكنيك خاص بتنظيم السلوك وتدريب المدرسين في تنمية معارفهم عن هؤلاء الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD داخل غرفة الصف كما استخدم تكنيك تنظيم السلوكيات الخاصة بهذا الطفل.

– أسفرت النتائج عن اتجاهات إيجابية للوالدين نحو هذا البرنامج وفي خصائص سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD حيث ظهر خفض المظاهر السلوكية التي تميز بالنشاط الزائد / قصور الانتباه. وأخيرا تم تطوير البرنامج من خلال نتائج هذه الدراسة وأصبح من اهم أهدافه العلاجية هو كيفية تعليم الوالدين والمدرسين طرق التطبيع مع السلوك أو كيفية تعديله .

وتهدف دراسة الأكاديمية الأمريكية في الطب النفسي للأطفال والمراهقين (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997) إلى وصف ملامح الممارسات الكيلينكية في تحديد وتشخيص وعلاج الأطفال والمراهقين الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه (ADHD) وأشتمل الوصف على الآتي :

١ – برنامج المقابلات الكيلنيكية مع الطفل ووالديه مع مراجعة شاملة للمحاضرات العلمية والإرشادات الكيلينكية والمعدلات المعيارية للوالدين والمعلمين. وعادة ما يتطلب استخدام اختبار الذكاء واختبار تحصيل أكاديمي

حيث تعتمد هذه الدراسه على دعم وتعليم الوالدين ـ الوضع المدرسي المناسب ـ العلاج الطبي (الدوائي النفسي المناسب) . هذا بالإضافة إلى وصف للمعالجات الأخرى التي تضم تعديل السلوك والإرشادات المدرسية والاسرية لمجموعة المعالجين الذين سوف يتعاملون مع سلوكيات هذا الطفل .

٢ ـ تحديد نقاط الضعف والقوة في الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD، والأسرة والمدرسة والمجتمع المحيط بالطفل وذلك لتحديد أو اختيار الاستراتيجيات الخاصة بالعلاج والتي تضم أيضا الوالدين والمهنيين في المدرسة لمناقشة بدائل العلاج وإقامة علاج تعاوني بين الوالدين والأطفال والمدرسة لتنفيذ طرق العلاج بشكل متسق مّما قد يتطلب إجراء جلسات علاجية مع الفرد والأسرة، الوالدين والمرشد المدرسي .

وتوصلت نتائج الدراسة الآتي :

١ ـ يجب أن تكون هناك خطط للعلاج الفردي طبقا لكل نمط من أنماط الأعراض أو مظاهر النشاط الزائد والقوى التي تم تحديدها في التقييم .

٢ ـ تختلف الأساليب العلاجية طبقا لنوعية الأعراض فمثلا أعراض ضعف الانتباه ـ الاندفاعية النشاط الحركي المفرط من المحتمل أن يفيد العلاج الطبي في علاجه.

والأعراض السلوكية اللاتكيفية وغير المقبولة من المحتمل أن يفيد في علاجها التعديل البيئي. أما مظاهر نقص المهارات في المجالات الأكاديمية والاجتماعية تتطلب علاجاً محدداً لا يستجيب للأدوية أو التعديل السلوكي بل يتوافر في المدارس والمناهج التعليمية الملائمة .

٣ ـ قد يكون العلاج النفسي إضافي ومتطلب لعلاج المشكلات النفسية الناشئة من اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD .

٤ ــ اما الحالات المزمنة فتتطلب بيئة مركبة من العلاج الطبي والنفسي الاجتماعي .

وفحصت دراسة فرانكل وآخرين (Frankel, et. al., 1997) تعميم برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية عندما يتعامل الوالدان مع المهارات المناسبة لأطفالهم الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD، في التكيف الاجتماعي . وتم فحص (٣٥) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ٩,٦ ــ ١٢,٩ سنة يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه و(١٧) طفلاً عادياً ليس لديهم نشاط زائد وجميع أطفال العينة تلقوا علاجاً بالأدوية المنشطة وقسمت العينة إلى أربع مجموعات : المجموعة الأولى بها (١٦) طفلاً يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD، كمجموعة تجريبية والمجموعة الثانية بها (١٢) طفلا بدون ADHD ، كمجموعة انتظار والمجموعة الثالثة بها (١٩) طفلا يعانون من اضطرابات سلوكية في النشاط الزائد/ قصور ADHD المصحوب بتشتت الانتباه ، كمجموعة تجريبية . والمجموعة الرابعة بها خمسة أطفال ليس لديهم اضطرابات أي دون النشاط الزائد / قصور الانتباه (ADHD)، كمجموعة انتظار. وطبق على العينة برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية بجانب البرنامج الطبي .

وأظهرت النتائج تحسنا في خفض سلوك النشاط الزائد لدى المجموعات التي بها أطفال يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD مقارنة بالمجموعات التي بها أطفال لا يعانون من النشاط الزائد . كما أظهرت أيضاً أن مجموعة الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه بقصور الانتباد ADHD فقد تحسَّن انتباههم بنسبه ٨٣,٤% بالمقارنة بالأطفال الذين ليس لديهم اضطراب قصور الانتباه . غير أن المجموعة التي بها أطفال ذوو نشاط زائد / قصور انتباه ADHD أظهرت تحسنا كبيرا نتيجة

اشتراك برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية على أنفسهم وعلى والديهم مع البرنامج الطبي والأدوية المنبهة .

وفي دراسة مقارنة أجراها سميث وآخرون (Smith, et. al.. 1998) عن تأثير الأدوية المنشطة والعلاج السلوكي في خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD، لدى الأطفال ثم أجريت دراسة تتبعيه لحوالي ١٦ طفلاً يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD اشتركوا في تجربة لبرنامج مزدوج من عقار المثيل فينيدات وعقار بلاسبو بجرعة مقدارها ٠,٣ ملجم / كجم أثناء تطبيق برنامجين للعلاج الصيفي اليومي المكثف (SPT) .

وتم تطبيق هذه البرامج المتعددة على الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD من سن ٨ ــ ١١ وعلى المراهقين من سن ١٢ ــ ١٤ سنة . ثم قسمت معدلات الكفاءة التعليمية والسلوك الاجتماعي بواسطة المرشدين والمدرسين في (١٢) متغير منهم (٣) متغيرات اظهروا فروق إحصائية دالة في حجم تأثير هذه العقاقير عند الأطفال والمراهقين . غير أن النتائج أظهرت أن الأدوية المنشطة أو المنبهة لها تأثير متساوي عند الأطفال والمراهقين ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD إذا ارتبطت بنفس الأنشطة .

واهتمت دراسة واتش بوش وآخرين (Wasch busch et. al . 1998) بتعميم العلاج السلوكي والعلاج بالأدوية المنبهة للأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه . حيث قام الباحثون بفحص الفروق الفردية في الاستجابات الشائعة والناتجة عن هذين العلاجين بحيث أدخلهما الباحثون في البرنامج العلاجي الصيفي اليومي الذي طبق على عينة من ثلاثة ذكور تتراوح أعمارهم ما بين ٨ ــ ٩ سنوات تلقوا البرنامج العلاجي الصيفي اليومي المكثف والذي يتضمن العلاج السلوكي والعلاج الطبي معاً .

وأظهرت النتائج أن طفلا واحداً فقط عمره ثماني سنوات استجاب للعلاج الطبي، وتحسنت لديه المظاهر السلوكية للنشاط الزائد قصور الانتباه، أما الطفل الثاني في العمر نفسه فقد أظهر استجابة للعلاجين معاً (العلاج السلوكي مع العلاج الطبي) والطفل الثالث والأخير تسع سنوات اظهر استجابات مختلفة في العلاج طبقا لنوعية العلاج . هذا يؤكد مبدأ الفروق الفردية في الاستجابة لعلاج الأطفال ذوي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD.

وأجرى المعهد القومي للصحة النفسية (National Institute of Mental Health 1999) أكبر دراسة بالتعاون مع العديد من الباحثين لخفض النشاط الزائد/ قصور الانتباه لدى الأطفال، وبغرض المقارنة بين برامج العلاج الطبي وبرامج العلاج السلوكي للأطفال ذوي النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD واشتملت عينة الدراسة على (٥٧٩) طفلاً يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD تتراوح أعمارهم ما بين ٧ ــ ٩,٩ سنة، في المدرسة الابتدائية من الصف الأولى حتى الرابع . وتطابقت العينة مع معايير DSM4 حيث كان النمط المركب أو المختلط من النشاط الزائد وقصور الانتباه ADHD هو النمط الشائع، حيث ظهرت الأعراض السلوكية في الستة شهور الأخيرة قبل تطبيق الدراسة . وبعد التعرف على الأطفال وتشخيصهم تم تقسيم العينة إلى أربع مجموعات :

- المجموعة الأولى تلقت برنامجا في العلاج الطبي .
- المجموعة الثانية تلقت برنامجا في العلاج السلوكي .
- المجموعة الثالثة تلقت البرنامجين معاً الطبي والسلوكي .
- المجموعة الرابعة "ضابطة " .

واجريت على العينة اربع أنواع من البرامج العلاجية هي :

١ ـ البرنامج العلاجي الطبي لجرين هل وزملائه (Green hill, et. al. 1996) .

٢ ـ البرنامج السلوكي المطور لبلهام (Pelham, 1996) .

٣ ـ برنامج التداخلات المدرسية (Pelham, et.al., 1998) .

٤ ـ البرنامج المشترك والشامل الذي يجمع البرامج الثلاث السابقة.

واستمرت المعالجة بهذه البرامج لمدة أربعة عشر شهرا، ثم بعد ذلك أجرى برنامج للمتابعة الدورية لتقويم النتائج والتحقق من صحتها . واشتملت البرامج العلاجية لخفض النشاط الزائد على الآتي:

أولاً ـ البرنامج الطبي (Green hill et.al .. 1996) : تكونت العينة من (٢٨٩) طفلا منهم (١٤٤) تلقوا علاجا بعقار (الريتالين)، (١٤٥) طفلاً تلقوا علاجاً من عقار (الدكستدرين)،(١٨) طفلا لم يتلقوا علاجاً طبياً، (١٧) طفلاً رفضوا العلاج الطبي، وطفل واحد فقط استبعد لظروف صحية، بالإضافة إلى (١٥) طفلا بدأوا العلاج ولم يتموه أثناء فترة المعالجة للأسباب الآتية (٤) منهم حدث لهم تأثيرات جانبية و(٧) آخرون استبعدوا لصعوبة الإجراءات، (٤) آخرون لم تتوفر عنهم أي معلومات، وأصبحت العينة (٢٥٦) طفلا عن المجموع الكلي (٢٨٩) طفلا، حيث تلقوا العلاج الطبي لمدة (٢٨) يوما استخدم فيها عقار" الريتالين" بجرعات متفاوتة من ٥ ـ ١٠ ـ ١٥ ـ ٢٠ ملجم / كجم وأعطيت معها وجبة إفطار ووجبة غداء . وأعطى عقار الدكسدين والبيمولين ومن أجل تحسين التكيف سمح الأطباء بإعطاء ١٠ ملجم من الجرعة الدوائية بالزيادة أو النقصان حسب الحاجة، تم حدد ١/٢ ساعة شهريا للمتابعة وزيارة الطبيب لمعرفة مدى التقدم في سلوك الطفل لأكثر من شهر من تقارير الوالدين والمدرسين .

واسفرت النتائج بعد اربعة عشر شهرا من العلاج عن الآتي :

١ ـ خفض البرنامج النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال بنسبة ٧٤% من الأطفال الذين تلقوا علاجاً بعقار الريتالين "Retalin"

٢ ـ تحسنت أعراض النشاط الزائد لدى ١٠ % من العينة التي عولجت بعقار الدكسترو ا مفيتامين " Dextroamphetamine ".

٣ ـ ظهر تحسن في الأعراض بنسبة ١% فقط للأطفال الذين عولجوا بعقار البيمولين " Pemoline ".

ثم أجرى اختبار للآثار الجانبية فوجدوا أن حوالي ٨٥% من العينة لا يوجد لديهم أي آثار جانبية وإن وجدت في بعض الحالات ففي صوره خفيفه جداً .

ثانياً: البرنامج العلاجي السلوكي بلهام وهوزا (&Pelham, Hoza. 1996) واشتمل البرنامج على الآتي :

١ ـ التداخلات الوالدية : منها برنامج تدريب الوالدين Parent Training واشتمل على سبع وعشرين مجموعة من الجلسات كل مجموعة بها ست أسر لديها أطفال يعانون من النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD، تلقوا ثماني جلسات فردية لكل أسرة أسبوعيا . ويقوم المعالج بنفسه بعمل التدريبات للوالدين حيث كان التركيز على تعليم الوالدين الاستراتيجيات الخاصة على كيفية التعامل مع أطفالهم ، وتشجيعهم .

٢ ـ العلاج المتمركز على الطفل . ويسمى برنامج العلاج الصيفي (STP) Summer Treament Program والذي تم تطويره بواسطة بلهام (Pelham 1996) واشتمل هذا البرنامج على العلاج في فترة الصيف بصورة مكثفة على أن يحضر الطفل ثمانية أسابيع بواقع خمسة أيام في الأسبوع خلال فترة الصيف ولمدة تسع ساعات يومياً ويقوم بتطبيقه المرشدون والمعالجون السلوكيون والوالدن المدربان على هذا البرنامج .

ويحدد لكل مرشد حالة واحدة من اثنتى عشره اسره ويهدف هذ البرنامج إلى تحسين السلوك الاجتماعي. ووضع هذا البرنامج اساسا للطفل الذي يحتمل أن يغير التعزيز من قدراته إلى الأحسن مع وضع التوقعات للسلوك والتدريب على المهارات الاجتماعية مع نماذج خاصة تعليمية تساعد في خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الطفل .

٣ ـ التداخلات المدرسيه School Based Treatment لبلهام واخرين (Pelham, et. al. 1998) ويركز هذا البرنامج على عنصرين اساسيين .

ـ المعلم او المرشد لتنظيم السلوك داخل الفصل ويتم ذلك خلال ١٠ـ ١٦ جلسة أسبوعيا.

ـ تجهيز الوسائل الأولية المتخصصة التي تعمل مباشرة في غرفة الصف مع الطفل خلال العام الدراسي، ويتم ذلك في عمل نصف يومي لمدة اثنى عشر اسبوعا لمدة ستين يوما دراسيا، يتم فيه التدريب السلوكي مرة إلى مرتين لتسجيل الوسائل الأولية المتخصصة في بطاقة خاصة بالطفل، وكتابة تقرير يومي عن سلوكياته في المدرسة والمنزل . وتكمل التقارير عن مدى نجاح الطفل في السلوكيات الخاصة، وهذه البطاقة تُرسل إلى المنزل يوميا بواسطة التلميذ حتى يحصل على التعزيز من الوالدين لهذه النجاحات اليومية في سلوكه. وتستمر هذه الطريقة لمدة أربعة عشر شهرا لكل الحالات حيث تخفض سلوكيات النشاط الزائد كل شهر إلى أن تنتهي هذه الأعراض بنهاية الفترة الدورية وهي أربعة عشر شهرا .

ثالثا : برنامج العلاج المشترك Combined Treatment وهو يشتمل على الإشراف الفردي على سلوكيات الطفل ببرنامج العلاج السلوكي والعلاج الطبي باستخدام الادوية التي ثبت فعاليتها في خفض النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD لدى الأطفال. حيث يبدا الطفل بالجرعة الأقل يوميا من مركبات المثيل فينيدات حيث يكون متوسط الجرعة (٣١.٢) منجم

كجم يوميا للمجموعة الشاملة. (٣٧,٧) ملجم / كجم يوميا للمجموعة التي تتعاطى أدوية فقط بدون علاج سلوكي .

وأسفرت نتائج هذه الدراسة الشاملة (MTA) عن الآتي :

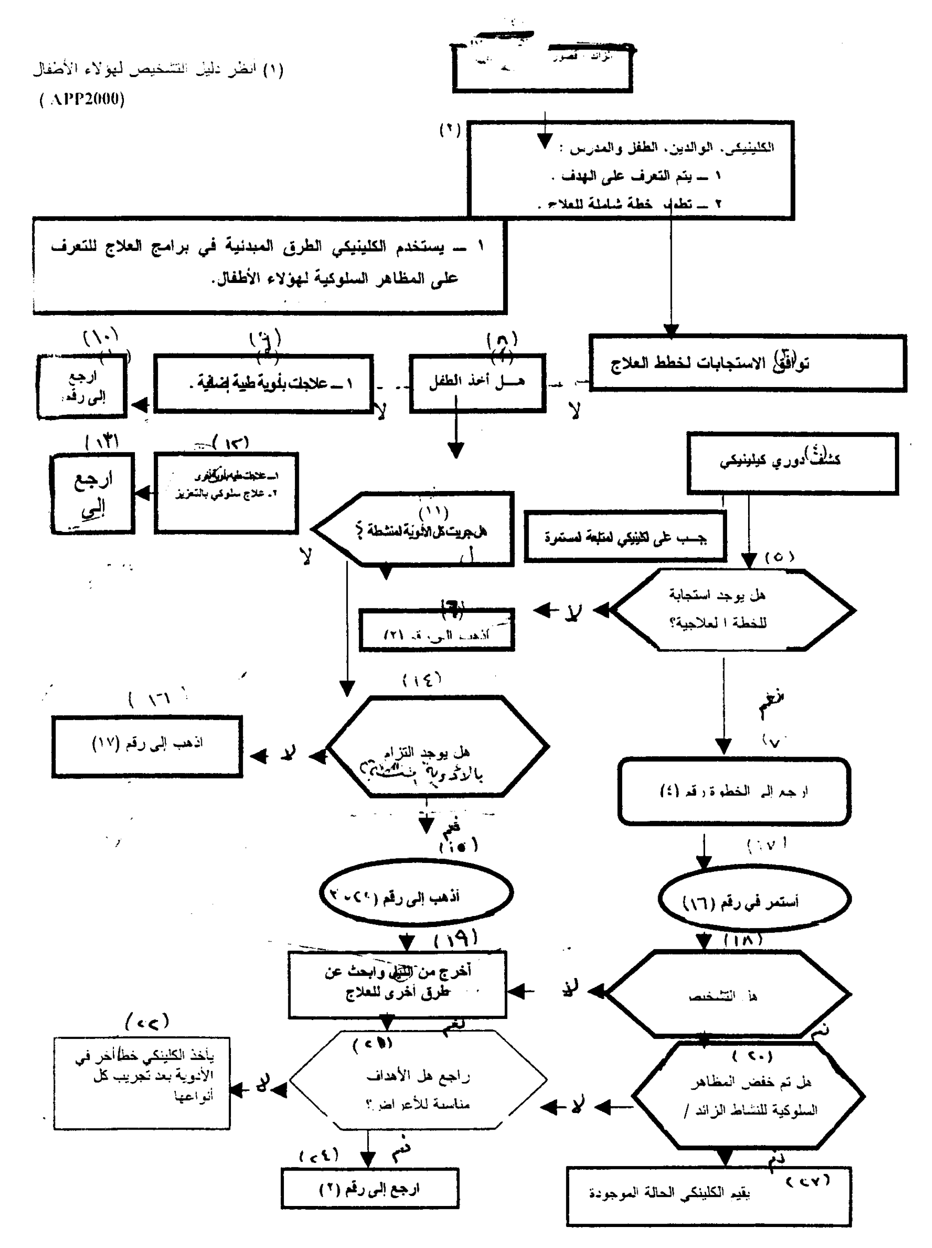
١ ــ أظهرت النتائج بعد أربعة عشر شهرا من العلاج الطبي والعلاج السلوكي المكثف أو العلاج الطبي بمفرده أو السلوكي بمفرده انخفاضا في مظاهر النشاط الزائد عند الأطفال .

٢ ــ أظهر العلاج الطبي بمفرده انخفاضاً في مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD عن العلاج السلوكي المركز بمفرده .

٣ ــ أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج المتداخل من الطبي والسلوكي معاً أفضل في علاج كثير من المشكلات الانفعالية مثل : الغضب ومشكلات الأداء الأكاديمي، ويحسن من العلاقات بين الطفل ووالديه، وينمي المهارات الاجتماعية وأفضل من العلاج الطبي بمفرده أو السلوكي بمفرده.

٤ ــ أظهرت نتائج برنامج النماذج المتعددة MTA نجاحاً أعلى من ٩٠ % في خفض مظاهر النشاط الزائد لدى أطفال المدارس الابتدائية .

وبعد انتهاء أكبر دراسة أجريت في هذا المجال (MTA) قامت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال [American Academy of Pediatrics (AAP) ٢٠٠١] بوضع دليل للممارسات العملية لخفض النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD لدى الأطفال ويوضحه الشكل التخطيطي التالي .



شكل رقم (٣) الدليل الكلينكي للممارسات العملية لخفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال للأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (APP, 2001)

تعقيب:

تم فيما سبق عرض ابرز وقائع ونتائج التجارب والبحوث والبرامج التي تساعد في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد وقصور الانتباه، ويبدو ان جميع الجهود اهتمت بالبرامج متعددة النماذج أي تداخل أكثر من علاج في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه . وأغلبها اشتمل على برامج تدخل تدريب الوالدين للتعامل مع الطفل ذي النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD، وبرامج التركيز على الطفل وبرامج التداخلات المدرسية وبرامج التداخل الطبي . واختلفت الطرق العلاجية طبقا لنوعية الأعراض والفروق الفردية للطفل حيث أن أعراض ضعف الانتباه ــ الاندفاعية والنشاط الحركي الزائد المفرط في الحركة من المحتمل أن تعالج بالبرامج الطبية، بينما تعالج الأعراض السلوكية اللاسوية بواسطة التعديل البيئي وبرامج وتعديل السلوك. أما نقص المهارات في المجالات الأكاديمية والاجتماعية فتعالج بالبرامج المعرفية وبرامج تدريب الوالدين والمدرسية ,حيث لا تستجيب للعلاج بالبرامج الطبية أو بعض البرامج السلوكية، ولكن يتوافر علاجها في المدارس وتدريب المعلم، وفي تعديل المناهج التعليمية وملاءمتها للطفل، وهذا ما ذهب إليه ونج (Wong، ١٩٩٩) حيث صنف أنواع العلاجات الخاصة للأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه ADHD، إلى أربعه أنواع هي :

١ ــ العلاج الطبي Stimulant Medication .

٢ ــ تعديل السلوك Behavior Modification .

٣ - تعديل السلوك المعرفي Cognitive Behavior Modification .

٤ ــ تدريب الوالدين Parent Training .

وأخيرا نستنتج من الدراسات السابق ذكرها في هـذا المحـور ان برامج النماذج المتعددة والتي يشترك فيها كل العلاجات معـا مـن أنجـح البرامج حيث ثبت نجاحها بنسب ٩٠% في علاج وخفض مظاهر النشـاط الزائد النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى أطفال المدارس الابتدائية .

خلاصة وتعقيب :

جدول رقم (٥)

يوضح عدد البرامج والدراسات الحديثة في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال في كل اتجاه .

اتجاه برامج ودراسات خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال (العاديين – غير العاديين) .	البرامج والدراسات العربية	البرامج والدراسات الأجنبية	المجموع
١ – برامج ودراسات للنظام الغذائي	–	٥	٥
٢ – برامج وأنظمة طبية	–	١٥	١٥
برامج ودراسات تنظيم وتعديل السلوك.	٤	١٥	١٩
برامج ودراسات تعديل لسلوك المعرفي	–	٤	٤
٥ – برامج ودراسات لتدريب الوالدين	–	١٠	١٠
٦– برامج ودراسات متعددة النماذج .	–	١٦	١٦
المجموع الكلي	٤	٦٥	٦٩

يتضح من الجدول السابق أن برامج خفض النشاط الزائد والدراسات الحديثة في ذلك تكثر بشكل ملحوظ في التراث البحثي الأجنبي، بينما هذه البرامج والدراسات محدودة في المجال البحثي العربي، والأمر الذي يلقي بتبعاته على المهتمين بالأطفال بصفة عامة وباضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه بصفة خاصة لمضاعفة الجهد وتوجيه الدارسين إلى هذا المجال.

ولقد تطور مفهوم النشاط الزائد / قصور الانتباه في العصر الحاضر تطورا ملحوظاً في معظم الدراسات والبحوث، الأمر الذي دعا الباحثة على الاقتصار على بعض البرامج والدراسات الحديثة ذات العلاقة بهذا البحث

المرجعي . حيث تم انتقاء الحديث فقط من تلك البرامج الدراسات تمشيا مع موضوع البحث المرجعي .

ويظهر هذا جيدا في كم البرامج والدراسات الأجنبية التي استخدمت برامج خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال والتي تناولت موضوع البحث المرجعي بشكل مباشر والذي يصل إلى تسعة وستين برنامجا ودراسة حديثة، استخدمت برامج لخفض النشاط الزائد / قصور الانتباه . وقد تم تصنيف هذه البرامج والدراسات وفق الهدف الرئيس لكل منها في محاور بحثية وأطلق عليها المسميات الآتية على الترتيب:

المحور الغذائي، الطبي، تنظيم وتعديل السلوك، تعديل السلوك المعرفي، تدريب الوالدين، برامج متعددة النماذج . وقد أسهم هذا التصنيف في الكشف عن أبرز الاتجاهات الحديثة في برامج خفض النشاط الزائد/ قصور الانتباه لدى الأطفال .

وسوف يتم مناقشة هذه الاتجاهات في مجموعتين :

الأولى تمثل اتجاهات خاصة بكل محور على حدة ، والثانية تمثل اتجاهات عامة تعكس ملامح مشتركة بين المحاور البحثية المختلفة، أو أغلبها على الأقل . وفيما يلي عرض ومناقشة تلك الاتجاهات في ضوء هذه التصنيفات.

أولاً – اتجاهات خاصة بكل محور بحثي فيما يلي :

١ – ظهور الاتجاه الغذائي، حيث يتضمن المحور الخاص بذلك على خمسة برامج ودراسات استخدمت برامج غذائية محددة، وتوصلت إلى النتائج الآتية :

– تم التأكد من فعالية البرنامج الغذائي المحدد في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه والذي يحتوى على بعض الأطعمة الممنوعة والتي تؤثر في ظهور المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه وهي السكر –

اللبن – الذرة – الشكولاته – البيض – الدقيق – الألـوان الصـناعية – محسنات الطعم .

– وأوصت بعض الدراسات بإضافة بعض المعادن مثل (عنصر الفوسـفاتديل سيرن) وذلك لتقوية الذاكرة (النسيان).

– ثبت فعالية برنامج غذائي خاص للحفاظ على نسبة السـكر فـي الـدم للأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه .

٢– ظهور الاتجاه الطبي حيث يتضمن المحور الخاص به على خمسة عشر برنامجاً وأنظمه طبيَة توصلت إلى النتائج الآتية :

– ثم التعرف على العقاقير والأدوية المنشطة التي تؤثر في خفض النشاط الزائد مثل مركبات المثيل فينيـدات منهـا عقـار "الريتـالين" ومركبـات الأمفيتامنات ومنها عقار "الدكسدرين"، "والأديرال" وبعض الأدوية المضادة للاكتئاب .

– ثبت فعالية استخدام التغذية الراجعة الحيوية بجهاز الأشـعة المقطعيـة للمخ EEG في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال .

– توصل الباحثون إلى التعرف على أحسن جرعة دوائيـة آمنـة وهـي الجرعة التي تظهر انخفاضا ملحوظاً في المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه مع أقل نسبة من التأثيرات الجانبية .

– فعالية الأدوية المنشطة أو المنبهة في خفض مظاهر النشـاط الزائـد / قصور الانتباه والتحكم في الاندفاعية، وخفض السـلوك النشـط الخـاص بالمهام مثل السلوك الخاص بالجلوس داخل المنزل أو المطعم أو المدرسة، وتساعد هذه الأدوية في زيادة الانتباه، وأخيرا تساعد في خفض الضوضاء والسلوك المزعج لدى الأطفال .

٣– ظهور اتجاه برامج تنظيم وتعديل السلوك . حيـث تضـمن المحـور الخاص بذلك على تسعة عشر برنامجاً ودراسة، توصلت إلى النتائج الآتية:

ـ ثبت فعالية برنامج التدريب على تنظيم السلوك للطفل وللوالدين معا في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه والسلوك الفوضوي لدى الأطفال .

ـ فعالية برنامج لتعديل السلوك باستخدام اسلوب التدريب الذاتي وأساليب العلاج المتمركز على الطفل وأساليب النمذجة لرفع مستوى الأداء وخفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه .

ـ فعالية برنامج النمذجة الذاتية باستخدام شرائط الفيديو في رفع مستوى الأداء في مادة الرياضيات وخفض المظاهر السلوكية اللاتكيفية للنشاط الزائد / قصور الانتباه .

ـ فعالية برنامج لتعديل السلوك داخل غرفة الصف للتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها لرفع مستوى الأداء الأكاديمي وزيادة اختزام الذات وخفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال .

ـ فعالية برنامج حركي باستخدام الألعاب البدنية لتنظيم السلوك الانفعالي وخفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه وخفض مشاعر الغضب لدى الأطفال .

ـ فعالية برنامج لتعديل السلوك باستخدام أسلوب التعزيز الإيجابي، تكلفة الاستجابة، وبرامج التعلم، في رفع مستوى الأداء الأكاديمي وخفض السلوكيات المميزة للنشاط الزائد / قصور الانتباه مثل عدم الطاعة، تكملة المهام ـ عدم التعاون ـ السلوك الاجتماعي اللاتكيفي .

ـ فعالية برنامج سلوكي يستخدم أسلوبي التعاقد التبادلي ـ وأسلوب التدريس الملطف في خفض النشاط الزائد وقصور الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة .

ـ فعالية برنامج الخطوة الأولى للطفل وللوالدين في كيفية استخدام أنواع التعزيز المختلفة، وتنمية مهارات الوالدين الاجتماعية وكيفية التحكم في

الانفعالات، ومفاهيم البيئة الاجتماعية في حياة طفل ما قبل المدرسة الذي يعاني من النشاط الزائد / قصور الانتباه .

ــ فعالية برنامج للتدريب على أسلوب حل المشكلات وبرنامج آخر تستخدم أسلوب الاسترخاء العضلي وذلك في ضبط التوتر النفسي كمظهر من مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال .

ــ فعالية برنامج للتدريب على أسلوب حل المشكلات وبرنامج آخر تستخدم أسلوب الاسترخاء العضلي وذلك في ضبط التوتر النفسي كمظهر من مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال .

ــ فعالية برنامج لتنظيم السلوكيات المعارضه عن طريق البطاقات التتبعية لتنظيم السلوك وتكنيك تدريب الوالدين في خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال .

ــ فعالية برنامج لتعديل السلوك باستخدام أساليب العلاج السلوكي مثل : أسلوب التعزيز الإيجابي ــ التعلم بالنموذج في خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال.

ــ فعالية برنامج الضبط الذاتي لخفض السلوك الاندفاعي لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد والمتخلفين عقليا وتدريبهم على تعديل أنماط التحدث للذات الذي يؤدي بدوره إلى تعديل السلوك .

ــ فعالية برنامج للتعلم الفردي، عن طريق دليل إرشادي للتداخلات التربوية بواسطة المعلم لتحسين الأداء الأكاديمي والاجتماعي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة ويعانون من النشاط الزائد/ قصور الانتباه .

ــ فعالية برنامج للتدخل المهني باستخدام نموذج التركيز على المهام في خفض مظاهر النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا (فئة الإعاقة العقلية المتوسطة) ــ وأخيرا تم استخلاص دليل للعلاج السلوكي الأكثر فاعلية لخفض النشاط الزائد/ قصور الانتباه لدى الأطفال.

٤ ـ ظهور اتجاه لبرامج تعديل السلوك المعرفي، حيث يتضمن هذا المحور على أربعة برامج ودراسات، توصلت إلى النتائج الآتية :

ـ فعالية برامج تعديل السلوك المعرفي في تنمية مهارات الانتباه، والقدرة على التركيز ـ والتعلم بالملاحظة عن طريق برامج التدريب اللفظي / غير اللفظي ، وخفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال .

ـ فاعلية برامج التربية الذهنية في كيفية التطبع بفاعلية واستقلالية مع المشكلات العقلية والمعرفية ومواقف الحياة الاجتماعية الخاصة بالانتباه مع خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال .

٥ ـ ظهور اتجاه لبرامج تدريب الوالدين ، حيث يتضمن هذا المحور عشر برامج ودراسات توصلت إلى النتائج الآتية :

ـ نجحت برامج تدريب الوالدين في إكساب الوالدين المهارات المطلوبة للتحكم في سلوك الطفل ذو النشاط الزائد / قصور الانتباه

ـ نجحت في إكساب الوالدين درجة عالية من الفهم لاضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه وتعريفهم باحتياجات طفلهما للعلاج.

ـ نجحت في إكساب الوالدين مهارة كيفية استخدام أساليب التعزيز المختلفة في تعديل المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه وتعديل الاندفاعية الفطرية في سلوك الطفل

ـ ساعدت الوالدين في خفض ضغوطهم وبالتالي أثر على خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى أطفالهم .

ـ ساعدت في تحسين المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD مع زيادة سلوكيات الطاعة .

ـ نجحت في تدريب الوالدين على عمليات الاتصال، إعادة تشكيل السلوك وتنظيم السلوك الفوضوي، تعليمهم أسلوب حل المشكلات .

- تم التعرف عن طريق هذه البرامج على مناطق القوة والضعف في الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD حتى يسهل التنبؤ بالخطط المستقبلة لعلاجه .
- نجحت هذه البرامج في إعطاء الوالدين تعليمات أو إرشادات للاهتمام بأنفسهم والمحافظة على صحتهم من الضغوط الناشئة عن سوء الخبرة في التعامل مع مشكلات النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الطفل .
- تساهم في إعداد المعلم الجيد الذي يتعامل مع الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد / قصور الانتباه ADHD .
- ساعدت على خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه وزيادة احترام الذات، تحسين النظرة العامة للحياة لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.
- أخيرا نجحت برامج تدريب الوالدين مع برنامج الضبط الذاتي في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا .
- ظهور اتجاه برامج متعددة النماذج باهتمام ملحوظ في الآونة الأخيرة حيث تضمن المحور على ستة عشر برنامجا ودراسة، توصلت إلى النتائج الآتية .
- نجحت البرامج متعددة النماذج باستخدام التداخلات السلوكية من أساليب التعزيز الخاصة وكيفية استخدامها - والتدعيم الاجتماعي - وأسلوب النمذجة - وأسلوب حل المشكلات والتدريب على المهارات الاجتماعية في تغيير سلوك الوالدين تغييرا إيجابيا مع زيادة في احترام الذات وخفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد/ قصور الانتباه. وتحسين السلوك الاجتماعي والمهارات الرياضية

- نجاح أسلوب العمل التعاوني الذي يشتمل على الأساليب الدوائية وبعض أنواع أساليب العلاج السلوكي بالتحدث للذات أثناء أداء المهمة في تنمية مهارات التحكم في الاستجابات، ومهارات التحدث للذات أثناء أداء مهمة عقلية .

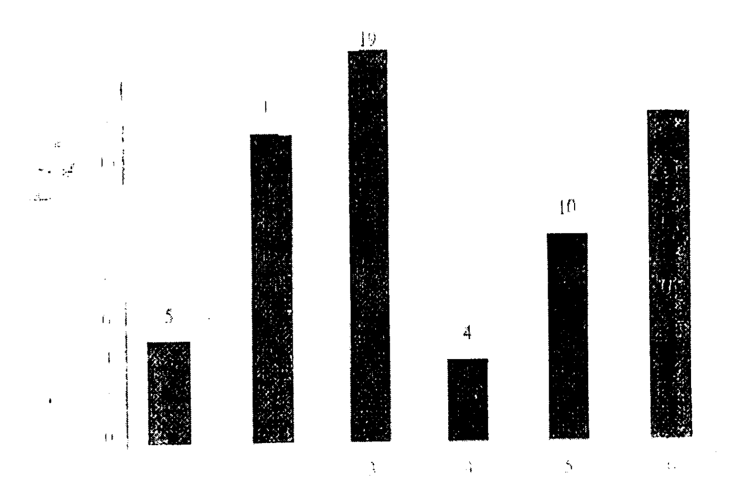
- فعالية اشتراك التداخلات الطبية والبرامج السلوكية معا حيث أعطت نتائج أكثر فائدة في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه عن التداخلات الطبية وحدها أو التداخلات السلوكية بمفردها وخاصة في البرنامج الصفي المكثف اليومي (STP).

- فعالية برامج التداخلات التربوية في برامج النماذج المتعددة في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال، وتنمية التحكم الذاتي - تنمية مهارات حل المشكلة - تحسن في الأداء الأكاديمي - تدعيم عمليات التعميم.

- اختلفت الأساليب العلاجية في البرامج متعددة النماذج طبقا لنوعية المظاهر السلوكية للنشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال حيث أن أنظمة العلاج الطبي تفيد في علاج مظاهر ضعف الانتباه - الاندفاعية - النشاط الحركي المفرط . بينما تفيد برامج تعديل السلوك البيئي في تحسين المظهر السلوكية اللاتكيفية، وتفيد برامج تعديل السلوك المعرفي في تنمية المهارات الأكاديمية والاجتماعية وذلك بتعديل المناهج التعليمية الملائمة واشتراك برامج التدريب على المهارات الاجتماعية للأطفال مع برامج تدريب الوالدين مع الأنظمة الطبية والأدوية المنشطة أو المنبه جميعا تفيد في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الطفل

- وأخيرا أظهرت نتائج برامج النماذج المتعددة MTA نجاحا أعلى من ٩٠% في خفض مظاهر النشاط الزائد لدى الأطفال في المدارس

الابتدائية ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لأعداد البرامج والدراسات الحديثة في خفض النشاط الزائد/ قصور الانتباه لدى الأطفال .



شكل(٣)

تمثيل بياني لأعداد البرامج والدراسات لخفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال في كل اتجاه

يتضح من الشكل السابق تفاوت عدد البرامج والدراسات الحديثة في كل اتجاه من الاتجاهات البحثية التي تناولت برامج خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال . الأمر الذي يعيد ترتيب هذه الاتجاهات حسب درجه شيوع البرامج والدراسات الحديثة في كل اتجاه على النحو التالي :

١ ـ برامج تنظيم وتعديل السلوك .

٢ ـ برامج النماذج المتعددة .

٣ ـ البرامج الطبية .

٤ ــ برامج تدريب الوالدين .

٥ ــ البرامج الغذائية .

٦ ــ برامج تعديل السلوك المعرفي .

وإذا كان ترتيب هذه الاتجاهات على هذه الصورة يعطي مؤشرا في اتجاهين :

الاتجاه الأول : أن شيوع البرامج في هذا البحث المرجعي في الاتجاه الأول والثاني (برامج تنظيم وتعديل السلوك والبرامج متعددة النماذج قد يعطي أهمية كبيرة لهذه البرامج والدراسات الحديثة في خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال . ويفتح الباب أمام الدراسات العربية للمزيد من عمل برامج في مثل هذا الاتجاه .

الاتجاه الثاني : ندره الدراسات في الاتجاه الأخير (تعديل السلوك المعرفي مما يؤكد بكريه هذا الاتجاه والحاجة إلى مزيد من البرامج والدراسات العربية في هذا الاتجاه .

وأخيرا نلاحظ أن غالبية البرامج والدراسات الحديثة كلها برامج ودراسات أجنبية أما البرامج والدراسات العربية فتمثل أربع دراسات وأغلبها في برامج خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا، الأمر الذي يعكس قله العمل البحثي العربي في برامج خفض النشاط الزائد / قصور الانتباه لدى الأطفال .

المراجــــع

المراجع العربية

١ ــ أحمد محمد مطر (١٩٩٢) : " دراسة للتعرف على ما يعانيه الأطفال من مشكلات نفسية في مرحلة الحضانة والروضة،" بحوث المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري، المجلد الثاني ص ص ١٠٨١ ــ ١٠٩١ .

٢ ــ حامد عبد السلام زهران (١٩٨٠) : علم نفس النمو، الطفولة والمراهقة، (ط ٦) القاهرة : عالم الكتب ص ١٧٠ .

٣ ــ حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨) : التوجيه والإرشاد النفسي، (ط٣)، القاهرة : عالم الكتب ص ١٧٠ .

٤ ــ سعيد بن عبد الله إبراهيم والسيد إبراهيم السمادوني (١٩٩٨): " فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا والقابلية للتعلم" ، علم النفس، العدد السادس والأربعون، السنة الثانية عشرة، الهيئة المصرية للكتاب، ص ٨٨ ــ ١٢١ .

٥ ــ سعيد عبد العزيز محمود عويضة (٢٠٠١): " فاعلية نموذج التركيز على المهام في علاج مشكلة النشاط الزائد للأطفال ذوي الحاجات الخاصة (فئة الإعاقة العقلية المتوسطة)"، التربية، جامعة الأزهر ــ العدد ٩٧، ص ــ ص ١٦٨ ــ ٢٠٠٢ .

٦ ــ عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) : " دليل التشخيص الأخصائي الرابع للاضطرابات العقلية"، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مجلد ٩، عدد ٢٤، ص ص ٥٠ ــ ٦٦ .

٧ ـ عبد العزيز الشخصي (١٩٨٥) : " دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال وبعض المتغيرات المرتبطة به "، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد التاسع، ص٢٠.

٨ ـ عبد الفتاح القرش (١٩٩٣) : " الضغوط التي تعرض لها الأطفال الكويتيون خلال العدوان العراقي وعلاقتها بمدى توافقهم النفسي والاجتماعي"، عالم الفكر، المجلد ٢٢ والعدد (١)، ص ص ٨٠ ـ ١٢٣ .

٩ ـ عثمان لبيب فراج (١٩٩٩) : "النشاط الحركي الزائد وقصور القدرة على التركيز والانتباه"، مجلة خطوة، العدد الثامن ص ص ٢٨ ـ ٣٢ .

١٠ ـ علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٥): "دراسة مدى فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية "، رسالة دكتوراه، كلية التربية ـ جامعة عين شمس .

١١ ـ علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٩) : علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك، سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقات الطفولة، القاهرة: الجريس للكمبيوتر والطباعة والتصوير ص ٢٨ .

١٢ ـ عفاف حداد، باسم دحادحة (١٩٩٨) : "فعالية برنامج إرشادي جمعي في التدريب على حل المشكلات والاسترخاء العضلي في ضبط التوتر النفسي" مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد الثالث عشر، السنة السابعة، ص ص ٥١ ـ ٧٦ .

١٣ ـ عفاف حمد عبد المنعم (١٩٩١) : " المشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقليا بمدارس التأهيل

الفكري ، بحوث المؤتمر السنوي الرابــع للطفــل المصــري، المجلد الثالث. ص ص ١٧٤٣ ــ ١٧٥٩

١٤ ــ عفاف محمد محمود عجلان (٢٠٠٢) "صعوبات التعلم الأكاديميــة وعلاقتها بكل من اضطرابات القصور في الانتبــاه ــ النشــاط المفرط واضطراب السلوك لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية" مجلة كلية التربية ــ جامعة أسيوط، المجلد الثامن عشر، العدد الأول ص ص ٦٢ ــ ١٠٨ .

١٥ ــ فؤاد حامد الموافي (١٩٩٥) : "دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة"، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، الجزء الأول، عدد ٢٨، ص ص ١ ــ ٣٧ .

١٦ ــ لويس كامل مليكة (١٩٩٧) : العلاج النفســي، مقدمــة وخاتمــة، القاهرة: مطبعة فيكتور كرلس ، ص ١٠٤.

١٧ ــ محمد عوض سالم، أحمد أحمد عواد (١٩٩٤) : "مفهوم الذات ومركز التحكم لدى التلاميذ ذو صعوبات تعلم"، مجلة الإرشاد النفسي، جامعــة عــين شــمس، المجلد الثاني، ص ص ٢٣٩ ــ ٢٩٤ .

المراجع الأجنبية :

18- Abbott, A.A.(1993): Relationship between mental satisfaction and attention deficit disorders with and without hyperactivity, Dissertation Abstract International, Vol.53, No.(11), PP.3844-3845.

19-Almeida,Rosenberg Mercedes E., (1998): " PyGmalion: Parnet training for families of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder," Dissertation Abstracts International, Vol.59, No.(09), B.P.5068.

20- Alonso, Mahoney Maria (1997):"First step program: Infant intervention for parents of children at risk for attention deficit / hyperactivity disorder, ", Dissertation Abstracts International, Vol.59, No.(02) B,P.862.

21- American Academy of Pediatrics & Committee on children with disabilities," (1993) : "Pediatric services for infants and children with special car needs," Pediatrics, Vol.92, PP.163-165.

22-American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (1997):" Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescent, and adults with attention deficit hyperactivity disorder," Journal of American Academy Children Adolescent Psychiatry, Vol. 36, No.(10), PP.56-69.

23- American Academy of Pediatrics, (2000):" Practice guideline: diagnosis and evaluation of a child with attention deficit/ hyperactivity disorder, Pediatrics, Vol.105, PP.1158-1170.

24- American Academy of Pediatrics (AAP), (2001): "Clinical Practice Guideline: Treatment of the school- aged child with attention deficit/ hyperactivity disorder, Pediatrics, Vol.108, No.(4), PP.1033-1044.

25- American Psychiatric Association, (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4 th. ed), Washington, DC.: American Psychiatric Association PP.54-67.

26- Anastopoulos, Arthur D.& Shelton, Terri, L.,& DuPaul, George, L.,Guevremont, David, C. (1993): " Parent training for attention deficit hyperactivity disorder, its impact on parent functioning " Journal of Abnormal child Psychology, Vol.21, No.(5),PP.581-596.

27- Antar, Georgi York, (1994): " A school based multimodal intervention program for children with attention deficit

hyperactivity disorder". Dissertation Abstracts International. Vol.55, No.(08), P.2277.

28-Armstrong, L.,(1993): And they call it help: the psychiatric policing of American's children, New York: Addison, Wesley Publishing co. PP. 37-48.

29-Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, cs., smallish L.(1990): " The adolescent outocome of hyperactive children diagnosed by research criteria : 1: an 8- Years prospective follow up study, Journal of American Academy children Adolescent psychiatry, Vol. 29.PP.,546-557.

30-Barkley, R.A., Grodzinsk, G.,& Dupaul, G.L., (1992): "Frontal lope- functions in attention deficit disorder with and without Hyperactivity: A review and research report", Journal of abnormal child Psychology,Vol.20, No.(2), PP163-184.

31-Barkley, R.A.(1996): Attention deficit hyperactivity disorder, In E. Mash & R .Barkley (Eds), child psychopathology, New York: Guilford, PP.63-112.

32- Barkley, R.A., (1998): Hand' book on attention deficit hyperactivity disorder, 2 ed., New York : Guilford press. PP.20-26.

33- Bee, Helen, (1995): Growing child, New York: Harper Collins collge Publishers, P.417.

34- Beyer, Michelle McMaster, (1994) " Group parent training for attention deficit hyperactivity disorder" Dissertation Abstracts International Vol.55, No.(09),P.4108.

35- Blackman, Y.A.,(1999) : "Attention deficit/hyperactivity disorder in preshool, does it exist and should we treat it ? " pediatric clinic North America, Vol.46, No.(5), PP.1011-1025.

36-Blakemore, B., shindler, A.,& conte, R.,(1993): " A problem solving traning program for parents of

children with attention deficit hyperactivity disorder," Canadian Journal of school psychology, Vol.9,No.(1), PP.66-85.

37-Bornstein, P.,& Guevillan, R., (1991) : " The effects of a self- instructional package on overactive school boys, Journal of_ Applied Behavior Analysis, Vol.19, P.18.

38- Breggin, P.,(1991): Toxic Psychiatry: Why therapy empathy and love must replace the drugs, electroshock and biochemical theories of the New Psychiatry, New York: st Martins Press- pp.20-25.

39- Breggin, Peter & Breggin, Ginger Ross, (1995): " The Hazards of treating" Attention deficit hyperactivity disorder, with Methyl Phenidate (Ritalin)", Journal of college student Psychotherapy, Vol.10,No.(2).PP.55-72.

40- Breggin, Peter R.,(1999) :"Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action", International Journal of Risk and safety in Medicine, Vol.12, PP.3-35.

41- Brito, G.N. Pinto, R.C.,& Lins, MF., (1995): " A behavioral assessment scale for attention defict disorcler in Brozilian children based an DSM 111 R criteria," Journal of Abnormal Child Psychology Vol.23, No.(4) , PP.509-520.

42-Carlson, CarynL.,&Pelham, williame., Milich, Richard, & Dixon, Joanne, (1992): "Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention deficit hyperactivity disorder," Journal of abnormal child Psychology, Vol.20,No.(2), PP.213-232.

43- Carlson, E.A., Jacovitz, D., & stroufe L.A., (1995):"A developmental investigation of

inattentiveness and hyperactivity" Child Development, Vol.66, PP.37-54.

44-Cenacchi,T.,et.al.(1993): "Cognitive decline in the eldery: A double blind, Plasbo controlled multicenter study on efficacy of phosphatidyl serine administration," Aging, Vol.5,PP.123-133.

45-Chernomazova, Yelena, (1996): " Hyperactive child", Available online, http: //www. owl. ru/ eng /womplus 1996/ hypera, htm P.1-3

46-Coffey, L.D.(1993) : "Effects of methylphenidate on self regulatory speech of children with attention deficit hyperactivity disorder," Dissertation Abstracts International, Vol.54, No.(6), P.2093A

47-Cown, Doug (2002): " Attention deficit hyperactivity disorder Here's our eating program. We hope that it help. " available online, http: //www. newideas. Net. adddiet. htm, Pp.1-3.

48-Danforth, Jeffey S., (1998): Behavior management for hyperactive children with oppositional behavior at home and school. U.S.A: Eastern Connecticut state university. PP. 1-9.

49-Deutsch, c.K.& Kinsbourne, M.(1990): " Geneties and biochemistry in attention deficit disorder," in M. Lewis & S.M. Miller (Eds.) Handbooks of developmental psychopathology New York: Plenum, PP.93-108.

50-Druckman, M., Minevich, A.(2001) : "Application of EEG Nero feedback for attention deficit disorder". available online, http: // webid eas, com / biofeedback/ research / tdruckman. Shtm1, PP.1-9.

51-Dupaul, G.J., Government, D.C.& Barkley, R.A., (1992): Behavioral treatment of attention deficit hyperactivity disorder in the classroom the use of the attention training system. Journal of Behavior modification, Vol.16, PP.204-225.

52-Eghbalieh, B., Crinella, F.M., Hunt, L.E., Swanson, J.M., (2000): " Parental stimulant effects of alerting and executive control in six and seven years olds," Journal of Attention Disorders' Vol.4, No.(1), PP.102-110.

53- Erhardt, Drew & Baker, Brue, (1990): " The effects of behavioral Parent traning on families with young hyperactive children": Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol., 21, No.(2)pp.121-132.

54- Fark, Alan to siwek, Jay Editor,(1997) " Attention deficit hyperactivity disorder to treat or not " American Family Physician, Vol.56., No.(3), PP.635-650.

55- Fee, V.E.& Matson, J.L.,& Benavidez, D.A., (1994) : "Attention hyperactivity disorder among mentally retarded children", Research in disabilities, Vol.15,No.(1), P,67.

56-Fowler, M., (1991): "Attention deficit disorder" Mental Information Center for Children and Youth with Disabilities, Vol.4, PP.15-26.

57- Fowler, Mary (2002): Attention deficit/ hyperactivity disorder, what I do if my child is found ineligible for service? , Part 5, Available online, http: //www. Kidsowce. Com/ NICHCY/ ADD5. htm 1,.P.1-5.

58-Frankel, Fred, & Myatt, Robert, Cantwell, Dennis, P., & Fenberg, David,T.,(1997): "Parent- assisted transfer of children's social skills training : Effects on children with and without attention deficit hyperactivity disorder", Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry, Vol.36,No.(80,PP.1056-1064.

59-Gadow, Kenneth D.,& Pomeroy, John C.(1990): " A controlled case study of Methylphenidate and Fenfluranine in a young mentally retarded, Hyperactive child. " Australia and New Zealnd, Journal of Developmental Disabilities, Vol.16, No.(4)PP.323-334.

60-Gadow, K.D., (1992): " Pediatric psychopharmacotherapy: A review of recent

research" Journal of Child Psychological Psychiatry, Vol.33, No.(1), PP.153-195.

61- General Nutrition Center Givini Clinics (GNC),(2002):" ADHD Diet" New York: Gavini Clinics , Available online, http://www.adhd clinic. Com generic. htm 1? PP.1-3.

62- Ghosh,Shampa, & Chattopadhyay, Prabal K., (1993): "Application of behavior modifiaction techniques in treatment of attention deficit hyperactivity disorder: A case report, Indian Journal of clinical psychology Vol.20, No.(2).PP.124-129.

63- Gilger, J.W.Pennington, B.F.& Defries,J.(1992): "A twin study of the etiology of comorbidity : Attention- deficit hyperactivity disorder and dyslexia.," Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, Vol.31, PP.343-348.

64-Gillberg, C.,& Melander, H., Von Knorring, A.L., Janols, L.O., The Thernlund, G., Hagglof, B., Eidevall, wallin,L., Gustafsson, P., and Kopp, S.; (2001): " Long- term stimulant treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder symptoms, a randomized, double- blind, placebo-control trial", Arch Gen Psychiatry, Vol.58, No.(12) PP. 1184-1187.

65- Gittelman, B.R., (1991): Hyperactive child and their socialization" British Journal of Criminology, Vol.25, No.(3), PP.261-276.

66- Golden, G.S.(1991): " Role of attention deficit hyperactivity disorder," Learning Disables, Seminars in Neurology, Vol. 11,No.(1),P.3541.

67- Goldhaber, Sondra,B.(1991):" Summer day treatment for children with attention deficit hyperactivity disorder," Hospital and

Community Psychiatry, Vol.42. No.(4),PP.422-424.

68- Goldstein. S.& Ingersoll. B.D.,(1993): Attention deficit disorder and Learning disabilities: Realties Myths and controversial treatments. New York: Doubleday, PP.20-25.

69- Goldstein, S,& Goldstein, M., (1998) Managing attention deficit hyperactivity disorder ; A guide for practitioners, 2 nd Edition. New York: Wiley Inter science Press, PP20-25.

70- Goldstein, Sam, (1999): " ADHD as a disorder of self regulation, " paper presented at 11 th Annual conference for CH.H.D.D. October 7-9, available online, http://www. Samgoldstein. Com/articles/9910-chadd. html

71-Gordon, M., Mettlmen, B.B.,& Irwin,J. (1991): ADHD/ Hyperactivity consumers, guide for parents and teachers, New York: Gordon system, Inc.

72- Greenhill, L.L., et. Al.,(1996): "Medication treatment strategies in the M.T.A.: Relevance to clinicians and researchers": Journal of American Academy of Children, Adoleccent Psychiatry, Vol35, P.1304-1313.

73- Halperin, J.M.,(1993):"Self- regulatory functions in ADHD children," Dissertation Abstract International Vol.53,No,(10) B,P5462.

74- Hall, cathy w., Kataria sudesh, (1992):" Effects of two treatment techniques on dalay and vigilance tasks with attention deficit hyperactive disorder (ADHD) children, " Journal of Psychology, Vol. 126, No.(1), PP.17-25.

75- Hamliton fish Instute, (2001): Cognitive training program for hyperactive children available online, http://www. ham fish. org/ programs/id/138/PP.1-5.

76-Heilveil, I.,& Clark, D., (1990): " Personality correlates of attention deficit hyperactivity disorder, " paper presented at the Annuals Conference of the American psychology Association, Boston:7-9th November.

77-Horn, F.H.,& Ialongo, N.,& Greenberg G., & Bakard, T., and Winberry c.s. (1990) : " Additive effects on behavioral Parent learning and self- control therapy with attention deficit hyperactivity disordered children," Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 19, No.(2), PP.389-410.

78-Hoving, Callaway Karen (1996): "An efficacy study exploring a multimodal & treatment program for children and adolescents with attention deficit/ hyperactivity disorder: AQUASI- experimental design," Dissertation Abstracts International, Vol.57. No.(09),B.P.5921.

79- Hunt, R.D., Arnstem, A.F., Asbell, M.D, (1995): " An open trial of Quanfacin in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder, " Journal of American Academic Children Adolescent psychiatry, Vol. 34, No.(1), PP.50-64.

80- Ingram, S. Hechtman, L., Morgwnstern, G., (1999): " Out comes issues in ADHD: adolescent and adult long- term outcomes," Journal of Mental Retarded Development Disability Resource Review, Vol. 5, PP243-250.

81- Jeensen, Peters s.& Pfeffer, Cynthia, (1997): " Evaluation and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation," Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry, Vol.36. No.(12), PP.1572-1679.

82- Jensen, P.,& Armold, L& Richters, J. et.al., (1999): 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity

disorder." Arch Gen psychiatry, Vol.56, PP. 1073-1086.

83-Kaiser, Michael, (1992) :" Effect of behavior modification in the classroom on academic functioning and self- esteem in hyperactive children, " Dissertation Abstracts International, Vol., 53, No.(12), B. P. 6534.

84- Kandall, P.c.(1990): Coping cat work book, Department of psychology, Philadelphia: Temple University, P.A.

85- Kaneko, M. and others (1993): " Hypothalamic- pituitary-adrenal axis function in children with attention deficit hyperactivity disorder," The Journal of Autism and Developmental Disorder, Vol.23, No.(1),PP.59-65.

86-Kewley, Geoffrey. D., (1998): "Attention deficit hyperactivity disorder is under diagnosed and under treated in Britain, " British Medical Journal, Vol.316 PP.1594-1596.

87- Koppekin, A.L., (1994): An experimental analysis of by adults with mental retardation , unpublished master degree, University of North taxes.

88- Kuntsi, J., Stevenson, J.,(2001): "Psychological mechanisms in hyperactivity: the role of genetic factors", Journal of Child Psychological Psychiatry Vol.42, No.(2), PP.211-219.

89- Landover, D., (2001): " Children's mental health , attention deficit/ hyperactivity disorder," National Mental Health Association, online, http: //www. nmha org/ infoctsheets/ 17.cfm.pp.1-9.

90- Lauth, Gerhard W., Linderkamp, Friedrich (1998): " Formative evaluation of an intervention program for attention deficit/ hyperactivity disorder," Psychology in Erziehung and Unterricht, Vol. 45, No(2), PP.81-91.

91- Leehey, Kevin (1994): "Attention deficit hyperactivity disorder,"Child Adolescent and Adult psychiatry,

online, http://www. Leeheyn. Com/adhd info. html PP. 1-10.

92- Leung, A.K., Robson, W.L., Fagan,. J. E., & lim, S.H.,(1994) : "Attention deficit hyperactivity disorder: Getting control of impulsive behavior", Postgrad Medicine, Vol.195, PP.153-160.

93- Lombard, Jay & Germano, Carl, (1998): " The Brain wellness plan- Breakthrough medical,. Nutritional and Immune boosting therapies to prevent and treat depression, Alzheimer's disease, chronic fatigue syndromes, attention deficit disorder multiple sclerosis, Parkinson's disease, Lou Gehrig's disease," New York; Kensington publishing Co., PP191-198.

94- Loon, M.Roth, (2000): " Effects of caffeine on cognitive psychomotor, and affective performance of children with attention deficit/ hyperactivity disorder," Journal of Attention Disorder, Vol.4, No.(1),PP.134-144.

95-McCone David Ross (1993): " Stimulant medication and behavioral treatment for ADHD : Assessment of separate and combined effects using single subject methodology (Attention deficit hyperactivity disorder), Dissertation Abstracts International, Vol.54, No.(10)B., P.5396.

96-McNamare, Barry E.& McNamare, Francine. J.(2000): Keys to parenting a child with attention deficit disorder, New York: Barron's Educational series, Inc.P.9.

97- McNeil, C. (1995): " ADHD classroom kiti: An inclusive approach to behavior management." Children work/ child display, available online, http: //www. nichmy. Org / puls bibiog bib 11lyt. htm, PP. 1-14.

98-Merrel, C.& Tymms, p.B., (2001): " Inattention hyperactivity and impulsiveness: Their impact an academic achievement and progress." British

Journal of Educational psychology, Vol.71, PP.43-56.

99- Murray, Natalia(2001): ADHD Advanced class for parents searching for solutions, New York: Brunner mazel PP.190-198.

100-National Institutes of Health (NIH),(1998):" Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder, " Consensus Development Conference, November 16-18.

101-Natinal Institute of Mental Health, (1999):"A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit / hyperactivity disorder, the M.T.A. Cooperative Group," General psychiatry, Vol.56.P.1073.

102-National Institute of Mental Health (NIH) (2000) : "Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) Questions and Answers," National Women's Health Information Center, Available online http://www.4 woman gov/ faq / adhd. htm PP.109.

103-National Institute of Mental Health(2001):" Attention deficit hyperactivity disorder your child and you," A workbook for parents, U.S.A., Available on-line, Http: //www. Value options. Com/member adhd final pdf, PP.1-20.

104-Paniagua, freddy training A.,& Morrison, Patricia, B.,& Black, Sandra, A.,(1990):" Management of hayperactive conduct disorder child through correspondence: A preliminary study," Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, Vol.21, No.(1)PP.63-68.

105- Paniagua, J.G,& Black, E.A.,(1992): "Correspondence treating and observational Learning in the net of Hyperactivity children," A Preliminary study child and family behavior therapy, Vol. 14, No.(3), PP.1-9

106-Peckham, Carol, Editor, (2001): "what is attention deficit hyperactivity disorder, " New York: Nidus In formation services, Inc. Available online http: //www. Reuters health. Com/ well connected/ doc30. html.

107- Pelham, William E.,& Murphy, Debra A.,& Vannatta, Kathryn,& Milich, Richard, & et.al.,(1992): Methylphenidate and attribution in boys with attention deficit hyperactivity disorder," Journal of consulting and clinical psychology, Vol. 60, No.(2),PP.282-292.

108- Pelham, William E., Carloson, caryn, L., sams, Susan E., & volcano, Gary, & et.al.,(1993):"Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention deficit hyperactivity disorder in the classroom, " Journal of consulting and clinical psychology, Vol.61, No.(3),PP.506-515.

109- Pelham, W.E.& Hoza,b. (1996): "Comprehensive treatment for ADHD: A proposal for intensive summer treatment Programs and out patient follow-up",In E.Hibbs & P. Jensen (Eds), Psychosocial treatment research of child and Adolescent disorder, New York: APA Press, PP.311-340

110- Pelham, w.E.,& wheeler,T, chronic, A.(1998):"Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder,"Journal of Clinical Child Psychology, Vol.27,PP.190-205.

111- Pelham, W.E., Fabiano G.(2001): "Behavior modification" Child Adolescents, psychiatry Clinic North America, Vol.9pp.671-688.

112- Perrin, J.M., Shayne, M.W, Bloom, S.R., (1993): Home and community car for chronically 111 children, New York: Oxford University Press, PP.120-126.

113- Pianco, Rosa G. (1997): " A behavioral parent training and school consultation program for parents and teacher of kindergarten and elementary school students diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder," Dissertation abstracts International, Vol.58, No.(04), B.2110.

114- Pineda, D.A. Lopera, F, Henoa,g.e., palacio, J.D., Catellanos, F.X., (2001): "Confirmation of high prevalence of attention deficit disorder in a Colombian community," Rev-Neural., Vol.32, No.(3) PP.217-222.

115- Poley, J.A.(1996): " Effects of classroom cognitive behavioral training with elementary school ADHD. Student: A pilot study," Dissertation Abstracts International, Vol.53,A No.(9)P.1772

116-Prior, M., white, J. Merrigan, c., Adler, R., (1998): " Preschool behavior problems in a multi cultural Australian urban area," Journal of Pediatric of Children Health, Vol.34, No.(2). PP. 164-169.

117- Professional Group for Attention and Related Disorders (PGARD),(1991): P.G.A.R.D. response to Department of Education notice of inquiry, Washington, DC.: PGARD Press, PP.20-25.

118-Riggs, Lisa Lin (1998): " Attention deficit/ hyperactivity disorder and medical settings: An Evaluation study (Attention deficit hyperactivity disorder, Hmo," Dissertation Abstracts International, Vol.59, No.(08)B, P.4482.

119- Rossiter, Thomas R.& Lavaque, Theodore, J. (1995):" A comparison of EEG. Biofeedback and psychostinulants in treating attention deficit hyperactivity disorders", Journal of New therapy, Vol.1,pp.48-59.

120- Schacher, Russell, Tannock, Rosemary, (1993):" Childhood hyperactivity and psychostimulants: A review of extended treatment studies," Journal of

Child and Adolescent Psychopharmacology., Vol.3, No.(2), PP.81-97.

121- Shoor, s.t., (1990): " Parental attitudes and interactions in delinquency," British Journal of psychology Vol.32,No.(6),PP.304-315.

122- Silver.A.A.(1992): The heterogeneity of ADHD and some implication for education" Resources in Education, Vol.27, No.10,P.71.

123- Smith, K.H., (1995):" Three studies on the prevalence of the adolescents with mild mental retardation," unpublished Doctoral Dissertation, university of Georgia.

124- Smith, Baradley H.,& Pelham, W. E., Gnagy, E.,& yudell, R., (1998): "Equivalent effects of stimulant treatment for attention deficit hyperactivity disorder during childhood and adolescence," Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol.37, No.(3), PP.314-321.

125- Swanson, J.M., et.al., (1993): "Effect of stimulant medication of children with attention deficit disorder: A review of reviews, " Exceptional children, Vol.60, PP.154-162.

126- Tannock, R.,& Schachar, R.,(1992):"Methylphenidate and cognitive preservation in hyperactive children, " Journal of Child Psychology Psychiatry, Vol.33, No.(7), PP.1217-1228.

127- The ADD. Center, (1999): On- Task, Get with the " Behavior" Program London: Harrogat, Available online, http: www. Add center. Co.uk / on- task- 899V.31-hlml p.1-5.

128- Todd, Nelson Barbara M. (1997): "An assessment of a generalization across setting of a parenting strategies programs for ADHD children (Attention deficit hyperactivity disorder)" Dissertation Abstracts International, Vol.58- No.(10), B.P.5634.

129- Waschusch, Daniel A.& Kipp, Heidi,L., Pelham, W.E., (1998): " Generalization of behavioral and psychostimulant treatment of attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD),Discussion and examples," Behavior Research and Therapy, Vol. 36. No.(7-8), PP.675-694.

130- Weaver, John,(2000): "Attention deficit hyperactivity disorder," stress Management Mental Health clinics, Available online, http:/www. Stress management clinic. Com/ articles. htm p.1-5

131- Willcutt, E.G., Pennington, B.F, Chhabildes, N.A., Friedman, M.c., Alexander, J., (1999): " Psychiatric co- morbidity associated with DSM4 ADHD in a non referred sample of twins, " Journal of Academic Children- Adolescent Psychiatry, Vol.38, No.(11), PP.1355-1362.

132- Woltersdorf, M.A.(1992): Videotape self modeling in the treatment of attention deficit hyperactivity," Disorder child and Family Behavior therapy, Vol.14, No,(2) PP.134-147.

133- Wong. Bernice, Y.L., (1998) : Learning about learning disabilities, 2 ed Edition, New York: Academic Press, PP. 75-92.

134- Zametkin, A.,& Mordahl, T.E.. Gross, M.. King, A.C., Semple, w.E.& Rumsey. J.. & Hamburger. s.& Cohen, R. M.&(1990): " Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset." New England, Journal of Medicine, Vol.323, No.(2),PP.1361-1366.

135- Zentall, S.S., (2000): Attention deficit hyperactivity disorder, Part 4, Available online, http ://www. Kid source com/ NICHCY/ADD4. htm1,PP.1-5.

